

CCCXXXV.

SEDUTA DI VENERDÌ 9 SETTEMBRE 1960

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE BUCCIARELLI DUCCI

INDICE

	PAG
Congedo	16555
Disegni di legge (<i>Approvazione in Commissione</i>)	16610
Disegno di legge (<i>Seguito della discussione</i>):	
Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1960 al 30 giugno 1961 (1981)	16557
PRESIDENTE	16557
FERRARI GIOVANNI	16557
GIARDINA, <i>Ministro della sanità</i>	16558
16566, 16569, 16573, 16574, 16577, 16580	
16581, 16582, 16587, 16604, 16606	
BARDANZELLU	16561
GOTELLI ANGELA	16566
DELFINO	16569
ROMANO BRUNO	16576
MINELLA MOLINARI ANGIOLA	16583
FORNALE	16592
MERLIN ANGELINA	16595
SANTARELLI EZIO	16601
GUCCO	16604
Proposte di legge (<i>Annunzio</i>)	16555, 16610
Proposta di legge (<i>Svolgimento</i>):	
PRESIDENTE	16555
SPECIALE	16556
GIARDINA, <i>Ministro della sanità</i>	16556
Interrogazioni, interpellanza e mozione (<i>Annunzio</i>)	16610
Risposte scritte ad interrogazioni (<i>Annunzio</i>)	16555

Congedo.

PRESIDENTE. Ha chiesto congedo il deputato Martinelli.

(*È concesso*).

Annunzio di proposte di legge.

PRESIDENTE. Sono state presentate proposte di legge dai deputati:

PRETI: « Concessione della croce al merito di guerra ai militari catturati sui campi di battaglia ed internati in campi di prigionia di guerra, precedentemente all'8 settembre 1943 » (2459);

BONOMI ed altri: « Modificazioni di alcune norme del codice della strada approvato con decreto del Presidente della Repubblica 16 giugno 1959, n. 393 » (2460);

GUIDI e ANDERLINI: « Provvedimenti in dipendenza del terremoto del 1960 in provincia di Terni » (2461).

Saranno stampate e distribuite. Le prime due, avendo i proponenti rinunciato allo svolgimento, saranno trasmesse alle Commissioni competenti, con riserva di stabilirne la sede; dell'ultima, che importa onere finanziario, sarà fissata in seguito la data di svolgimento.

Annunzio di risposte scritte ad interrogazioni.

PRESIDENTE. Comunico che sono pervenute dai ministeri competenti risposte scritte ad interrogazioni. Saranno pubblicate in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna.

Svolgimento di una proposta di legge.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca lo svolgimento della proposta di legge di iniziativa dei deputati Speciale, Li Causi, Grasso

La seduta comincia alle 9,30.

BIASUTTI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta antimeridiana di ieri.

(*È approvato*).

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

Nicolosi Anna, Faletra, Musotto, De Pasquale, Di Benedetto, Mogliacci, Pellegrino, Pezzino e Russo Salvatore:

« Provvedimenti in favore della città di Palermo » (2268).

L'onorevole Speciale ha facoltà di svolgerla.

SPECIALE. La grave situazione in cui versa la città di Palermo è stata sottolineata, negli ultimi tempi, e lo è ancora, da una serie di proteste di massa che, per ampiezza, imponenza ed asprezza, non hanno riscontro nella storia della capitale dell'isola, pur così ricca di lotte civili.

Molteplici sono le ragioni che hanno dato e danno luogo a queste manifestazioni di protesta: la spaventosa depressione economica, la disoccupazione dilagante, la esiguità dei redditi della popolazione, la iniqua sperequazione salariale, il degradamento delle strutture economiche già per se stesse deboli, la paralisi dei traffici, le condizioni ambientali in cui è costretta a vivere gran parte della popolazione, nonché la disastrosa situazione del comune.

Già nel passato iniziative sono state prese per risolvere almeno alcune delle questioni più gravi, ma purtroppo ad esse non hanno fatto seguito provvedimenti concreti.

La proposta di legge avanzata nel 1954 dalla assemblea regionale siciliana al Parlamento, a norma dell'articolo 18 dello statuto della regione, è stata insabbiata ed è infine decaduta con la fine della seconda legislatura.

Dal 1958 ad oggi i vari governi che si sono succeduti nel tempo non hanno mancato di assumere di fronte al Parlamento e di fronte al paese l'impegno solenne di provvedere con misure straordinarie ai bisogni più urgenti della città di Palermo, ma nessuno di questi impegni sino ad oggi è stato rispettato.

La nostra proposta non ha lo scopo di affrontare e risolvere tutti i problemi di Palermo, ma quelli più urgenti: il risanamento edilizio dei quattro mandamenti centrali e il risanamento delle finanze comunali, il cui dissesto è testimoniato da 84 miliardi di *deficit* alla data odierna.

Per quanto riguarda il primo problema, basterà ricordare che oltre 150 mila palermitani sono costretti a vivere in condizioni spaventose nei famigerati « catoi » dell'Albergheria, del Capo, della Kalsa...

Questa vergogna avrebbe dovuto essere cancellata da un secolo, ma purtroppo le cose sono

rimaste come erano quando Garibaldi liberò la città dai Borboni; si può dire, anzi, che esse si siano aggravate con la disordinata politica di risanamento attuata dai governi e dai regimi precedenti.

Gli scioperi generali del 27 giugno e dell'8 luglio hanno riproposto in maniera drammatica davanti al paese la questione di Palermo. L'aspra lotta di quelle due giornate deve farci convinti che non è tollerabile l'ulteriore rinvio di problemi che reclamano viceversa urgente e adeguata soluzione.

Il Parlamento siciliano ancora una volta ha raccolto la voce di protesta della città di Palermo approvando alla unanimità una mozione all'indomani dello sciopero del 27 di giugno, che indica, nella soluzione dei problemi affrontati nella nostra proposta, alcune delle misure più urgenti da adottare.

Si è discusso e si discute — e lo si è fatto in quest'aula non più tardi dell'altro ieri — se questi problemi debbano essere affrontati con provvedimenti particolari o generali. Ci si lasci dire che queste discussioni sono oziose. Quando ci si trova di fronte a situazioni come quella che presenta attualmente la città di Palermo, quando si deve constatare che i provvedimenti ordinari non hanno nemmeno intaccato certe dolorose e tragiche realtà, non ci si può concedere il lusso di discutere in linea astratta. Il problema di Palermo assume le caratteristiche e le proporzioni di un problema nazionale, come provano le due giornate di lotta del 27 giugno e dell'8 luglio. Di qui la necessità di provvedimenti adeguati da adottare con sollecitudine.

È per questi motivi che chiediamo alla Camera di voler prendere in considerazione la nostra proposta e di voler accordare per essa l'urgenza.

PRESIDENTE. Il Governo ha dichiarazioni da fare?

GIARDINA, Ministro della sanità. Il Governo, con le consuete riserve, nulla oppone alla presa in considerazione.

PRESIDENTE. Pongo in votazione la presa in considerazione della proposta di legge Speciale.

(*E approvata.*)

Pongo in votazione la richiesta di urgenza.

(*E approvata.*)

La proposta di legge sarà trasmessa alla Commissione competente, con riserva di stabilirne la sede.

**Seguito della discussione del bilancio
del Ministero della sanità (1961).**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del bilancio del Ministero della sanità.

È iscritto a parlare l'onorevole Giovanni Ferrari. Ne ha facoltà.

FERRARI GIOVANNI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il relatore di maggioranza, onorevole Colleselli, nella sua perspicua relazione sul bilancio che si sta discutendo, ha delineato la chiara posizione della lotta anti-venerea e ha dato a me i termini per un intervento che, seguendo la via da lui segnata, riconduca il problema alla sua essenza, che è quella di estendere il controllo ad una zona molto più vasta di quella che di solito si vuole considerare nella legge n. 75 (d'altro canto si sa che le prostitute liberate dalle case, finalmente aperte, stanno nel rapporto di 2 a 18 rispetto a quelle che esercitavano la libera professione), e quella di non degradare il problema stesso a termini di esclusiva natura poliziesca, il che sarebbe in contrasto con l'articolo 13 della Costituzione repubblicana.

La suggestione viene a me dalla mia vocazione di medico; e prego gli onorevoli colleghi di tenere presente che io non sono medico venerologico: ma proprio perché sono medico pediatra, mi accade — e, devo dirlo, per fortuna, raramente — di constatare nei neonati la lue congenita, e di dovere, di fronte a questo spettacolo, ripetere le parole della Bibbia: « I padri hanno mangiato l'uva acerba e i denti dei figli sono rimasti legati ».

Mi viene ancora dal ricorrente appello contro la pubblica, dilagante corruzione, con esiti di violenze delittuose, di cui abbiamo anche oggi, nei quotidiani romani del mattino una dolorosa eco, nella notizia data di quella mondana trovata uccisa nella sterpaglia di lato alla via Flaminia, nei pressi di Civita Castellana.

Si direbbe, dunque, che il concetto di difesa dalle forme veneree luetiche sia prima di tutto in vantaggio di coloro che esercitano quello che la onorevole Merlin, in una accorata e dignitosa — per lei — conferenza stampa alla mostra cinematografica, ha definito « un brutto mestiere ».

La suggestione viene, infine, da quell'imperativo della carta costituzionale della *Organisation mondiale de la santé*, che è poi la voce del buonsenso: « I Governi hanno la responsabilità della salute dei loro popoli. Essi non possono farvi fronte che prendendo le misure sanitarie e sociali appropriate ». Quin-

di, non è che qui si parli di una abolizione della legge n. 75. La legge v'è e tutti desideriamo che resti. L'aria fresca è entrata per le porte e le finestre finalmente spalancate di quelle case dove la prostituzione della donna era avallata dalla legge, perpetrando un obbrobrio indegno di un paese che giustamente si vanta di essere la patria del diritto.

È ben vero che alcuni di quegli sciami sono usciti da codesti squalidi alveari e si sono aggiunti a quelli assai numerosi che per trivi e quadrivi esercitavano quel « brutto mestiere ». Ma la inviolabilità della libertà della persona, sancita dall'articolo 13 della nostra Costituzione, è fatta salva, e più vivo, semmai, risalta il mio richiamo a quella responsabilità del singolo e della comunità che impone l'uso vigilato e saggio delle libertà fondamentali.

Quest'uso vigilato e saggio non consente a me di usare della mia libertà a danno del vicino in quanto è acquisito — credo — il concetto che la libertà di questi è complementare della mia, specie quando, nell'esercizio della mia libertà, raggiungo l'illecito.

Ora, è indubbiamente illecito trasmettere scientemente una malattia infettiva e contagiosa ad altra persona, sia pure per evitare un lucro cessante, anche se è giocoforza ammettere che il prostituire il proprio corpo non costituisce di per sé un illecito giuridico, ma soltanto un illecito morale.

Ma il discorso è lungo e a me preme di accennare agli articoli che sono stati già presi in considerazione ieri, quando qui in questa aula si è parlato, forse impropriamente, di una « sifilizzazione dell'Italia »: non bisogna esagerare i termini delle statistiche che pure sono in aumento, ma considerare la questione con pacata obiettività per dimostrare che è sugli stessi articoli che vanno appuntati gli sforzi del legislatore per renderli operanti rispetto alle norme fondamentali della sicurezza sociale in campo sanitario.

Facciamo, dunque, brevemente un po' di storia e di statistiche.

Le relazioni sessuali — si sa — sono fonte di contagio perché sono esercitate con parecchie persone delle quali non è possibile controllare con immediatezza e con la necessaria tempestività lo stato di salute. I contagi si verificavano anche in regime liberistico, quando tuttavia erano esercitati periodici controlli. Figuriamoci ora in regime di proibizionismo!

Ora, consideriamo proprio gli articoli 5 e 7 della nuova legge.

Per l'articolo 5 è fatto divieto all'autorità di pubblica sicurezza di far sottoporre al controllo sanitario le prostitute fermate per ade-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

scamento, recitando testualmente, al terzo comma: « Le persone accompagnate all'ufficio di pubblica sicurezza per infrazione alle disposizioni della presente legge non possono essere sottoposte a visita sanitaria ». Se questa disposizione vuole evitare la schedatura delle peripatetiche, io sarei senz'altro d'accordo che questo articolo va accettato. Ma l'articolo 7 estende il divieto anche all'autorità sanitaria, che non può procedere ad alcuna forma di controllo, o di diretta ed indiretta registrazione, su donne che esercitano o siano legittimamente sospettate di esercitare la prostituzione.

Accade così che io, medico, sono obbligato dal testo delle leggi sanitarie a denunciare un esantema morbillosa, una scarlattina, una difterite, una tubercolosi, ma non posso a nessun titolo svolgere la lotta antivenerea con la stessa libertà riconosciuta dal testo predetto per tutte le malattie infettive e contagiose.

Mi si dirà che una denuncia di malattia venerea o di malattia luetica può essere anche una rivelazione di un esercizio abusivo della propria libertà sessuale ed essere lesiva della persona denunciata. Ma, se lo spirito della legge fosse stato quello della libertà sessuale (e non lo credo, perchè sarebbe veramente grave iattura), potrei — con ragionamento *ad hominem*, anche se brutale — dire: signori, se riconoscete questa libertà, allora si tratta d'un infortunio sul lavoro e come tale va denunciato! (Chiedo scusa se uso termini così brutali).

Ma, se la legge voleva davvero affrancare la donna da una vergogna, noi aggiungeremmo, allo svantaggio di una salute non salvaguardata, quello di un danno non prevenuto.

La prima impressione è che la legge n. 75 sarebbe stata perfetta se si fosse limitata a sancire il sistema proibizionistico delle case chiuse, lasciando alla precedente legge 25 luglio 1956, n. 837, di provvedere a che si rispettasse l'inviolabilità della persona senza ledere quella di terzi e, soprattutto, di far seguire a quella legge un regolamento che, purtroppo, non è stato ancora formulato.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. È stato già approvato dal Consiglio di Stato e sarà portato fra giorni al Consiglio dei ministri.

FERRARI GIOVANNI. Ho piacere di apprendere direttamente da lei questa notizia, signor ministro.

Ma ecco, quasi non bastasse, la legge di cui parliamo — la n. 75 —, all'articolo 15, recita testualmente: « Tutte le disposizioni contrarie alla presente legge o comunque con esse incompatibili sono abrogate ».

Ho piacere di aver appreso ora dall'onorevole ministro una notizia che, per me, è consolante. In caso contrario, avrei dovuto dire: addio legge n. 837! Ma non è abrogata, però, la norma che impone l'esame sierologico Wassermann o il più recente test di Nelson-Meyer per una giovane ragazza di buona famiglia che concorra al posto di maestra, o per una nutrice mercenaria (ed è giusto), o per il militare al momento della leva e del congedo, con una disparità di trattamento che lascio a voi giudicare.

Vediamo i risultati, a proposito dei quali ho sentito dire che essi sono falsati ad arte dai medici che temono di perdere i clienti. Caso mai, sarebbe vero l'inverso. Ma, onorevoli colleghi, anche ammesso che qualche medico possa qualche volta indulgere, per ragioni di segreto professionale, all'omissione di una denuncia, basta por mente al numero aumentato di casi di malattie veneree e di lue per persuadersi del contrario. Né possiamo ammettere che alcuno chiuda gli occhi alla evidenza e dica, come il personaggio di ferravilliana memoria, dinanzi alla condanna del giudice: « Non accetto! ».

Ma vediamo la statistica. Mi riferirò a quella ufficiale fornita dall'« Istat » e dal Ministero della sanità, il quale, nel suo notiziario n. 7, dava le notizie che ora riporto e che vanno fino al 1957. Vi faccio grazia di quelle precedenti, che riguardano un periodo in cui l'Italia è stata sommersa dai ... lanzichenecchi, per cui altro che malattie veneree e luetiche! Allora erano veramente merce d'importazione, e di quale triste importazione!

Mi limito dunque ai controlli fatti dal 1955 al 1957. Sifilide primo-secondaria: nel 1955, 2.289 casi; nel 1956, 2.697; nel 1957, 4.452. Se andiamo ai dati nazionali, dati globali comprendenti il dispensario ed altri servizi anti-venerei, per il 1958 abbiamo 4.575 casi, per il 1959 ne abbiamo 6.718. Si ha così un aumento sulla cui gravità lascio a voi il giudizio.

Sono queste statistiche attendibili? Io mi rendo conto che vi è un fenomeno di capitale importanza. Interviene in queste malattie, ma anche in altre, una resistenza agli antibiotici, per cui la terapia fatta con gli antibiotici non dà i risultati che poteva dare nei primi tempi. Debbo anche tener conto per obiettività (la obiettività è una dote che non si può trascurare se si vogliono esaminare con chiarezza i problemi) dei periodi alternanti, dell'ascesa e della discesa delle epidemie luetiche, che comprendono cicli che vanno dai 5 ai 15 anni e che non sono facilmente spiegabili dal punto di vista eziologico. Devo anche dire che

in questo momento siamo in periodo di ascesa.

Le statistiche sono indubbiamente attendibili; è necessario però constatare — ed è doloroso farlo — che i metodi di rilevamento sono deficitari. Prima dell'attuale legge l'obbligo della denuncia della malattia, nominativa e circostanziata, era disposta dall'articolo 292 del testo unico delle leggi sanitarie e dagli articoli 1 e 2 del decreto 23 aprile 1940 e successive modifiche, per i casi di accertamento. La denuncia era obbligatoria in tutti quegli istituti, di cui vi risparmio l'elenco. Praticamente, da questo elenco non mancava nessuno. È ben vero che nel corso di codesti apprestamenti vi erano delle evasioni, ma esisteva da parte dell'autorità preposta alla sanità pubblica una rivalsa per gli sconfinamenti che si riscontravano. Vi era cioè un freno. La legge attuale sostituisce alla denuncia nominativa quella anonima ai soli fini statistici, e la segnalazione va fatta ai soli medici provinciali, e non agli ufficiali sanitari come per tutte le altre malattie.

Ne consegue che il volume delle denunce poggia su fonti di rilevamento contratte e non può riferirsi ai casi di meretrici girovaghe, se non nel caso di una presentazione volontaria della interessata o di controlli eseguiti su donne associate per una diversa ragione a qualcuno dei carceri italiani.

Pur tuttavia, se consideriamo queste cifre che ci vengono esibite, ci teniamo lontani dal torbido periodo post-bellico. Se trascriviamo queste cifre su un sistema di coordinate cartesiane, potremo avere provvisorie oscillazioni, ma avremo una linea nel suo complesso ascendente. Come? È da calcolare quello che dice un illustre venereologo francese, cioè per ogni caso denunciato vi sono almeno tre casi latenti. Si dice che non sono cifre imponenti. Prima di tutto, è cosa da vedere con molta obiettività. In secondo luogo, sappiamo che vi è un aumento e sappiamo che il controllo non era fino ad ora completo. Da ogni parte viene l'invito a controllare meglio. D'altronde, i dati forniti da osservatori seri e disinteressati sono qualche volta impressionanti. Chiediamo allora che si aggiornino le statistiche e si pongano in opera apprestamenti e organi di controllo più vasti e sicuri.

Ho parlato di dati che vengono da varie parti dell'Italia, e, a dimostrare l'assoluta imparzialità con cui vengono riferiti, dirò che Palermo è per il 1958 all'estrema retroguardia della diffusione luetica, mentre Milano detiene il triste primato. Questa città segna un aumento di casi che raggiunge, per i primi

sei mesi del 1959, il cento per cento rispetto all'anno precedente.

Esaminiamo ora, in rapida sintesi, quanto avviene in altri paesi che possono essere considerati in un certo senso «nazioni-campioni», ed in particolare la Francia e gli Stati Uniti d'America. In Francia il ministero della sanità ha controllato dal 1945 al 1959 1.837 casi di sifilide primo-secondaria, ma dal 1946 in quella nazione sono stati rafforzati i controlli sanitari e si è provveduto alla spedalizzazione immediata delle contagiose in atto e di quelle con sierologia positiva, non trattate. Negli Stati Uniti d'America, poi, pur con l'incremento attuale della sifilide, in tutti gli stati e territori, nel 1959, sono stati considerati 8.285 casi di sifilide primo-secondaria.

Non aggiungerò altri dati statistici, parendomi sufficienti quelli qui enunciati a dimostrare che l'autorità sanitaria centrale ha fatto tutto il suo dovere, ma riconoscendo nel contempo che la stessa si muove entro i paradigmi assolutamente insufficienti dell'attuale legislazione.

Particolarmente significativi i dati relativi ai controlli eseguiti a Milano sulle donne associate al carcere di san Vittore per motivi di altro genere (solitamente per banali contravvenzioni). Da dati inconfutabili risulta che, nel 1959, delle 471 prostitute fermate per motivi contravvenzionali e associate alle carceri di san Vittore, il 19 per cento era rivelava una *Wassermann* fortemente positiva. Mi si dirà che qui il controllo è utile e necessario, ma domando allora se in questo modo noi rispettiamo l'articolo 13 della Costituzione, per cui certe misure sono lecite nei confronti di chi è detenuto e illecite nei riguardi di chi non lo è! Mi viene in mente, se mi è consentito un piccolo ricordo storico, la risposta che l'imperatore Traiano dava a Plinio il Giovane che, essendo proconsole in Asia minore, gli aveva chiesto come dovesse trattare i cristiani. « Non sono da cercarsi — scrisse l'imperatore, cadendo in un evidente assurdo giuridico — ma, se ricercati, ammazzateli »!

Estendete, onorevoli colleghi, il calcolo percentuale alle 1.400 meretrici fermate in Italia per aver dato pubblico scandalo e alle 1.724 rimpatriate (perché, è opportuno dirlo, la questione ha indubbiamente un riflesso sanitario, ma prima di tutto un valore morale); estendete il calcolo alle 209 case clandestine scoperte nel 1959, ai 287 esercenti ai quali fu ritirata per ragioni di moralità la licenza (desumo questi dati dalla recente replica del ministro dell'interno in sede di di-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

scussione del bilancio del suo dicastero in Senato), e constateremo assieme che, con la larghezza e la tolleranza degli articoli 5 e 7 della legge n. 75, avremo nel nostro paese, adagio adagio, una vera « legione dell'indecenza » e, quel che più conta in questa discussione, un focolaio di diffusione delle malattie veneree.

Non voglio inferire contro quelle larve di donne che troppe volte sono state spinte sulla china del vizio dal sordido egoismo dell'uomo, quando non dall'interesse di profittatori singoli o addirittura da sindacati del vizio (perché di questo si parla); se qualcuno ritenesse ciò, non comprenderebbe l'amarezza che io, come padre di famiglia e come medico, provo di fronte a quella società a cui il censo dovrebbe fornire incitamento ad opere benefiche, anziché alla ricerca di sensazioni morbose che cominciano con gli stupefacenti e finiscono con immondi commerci che gabelano per arte e che frutta milioni.

Il problema ha i suoi riflessi dolorosi. Si tenga conto prima di tutto dell'incidenza rispetto all'età quale risulta dallo specchio che ho sottomano, specchio che si riferisce alla città di Milano dove, in merito, ho potuto assumere precise informazioni presso la clinica dermosifilopatica. In particolare l'incidenza della sifilide primo-secondaria nella provincia di Milano (città di Lodi, Monza e Legnano), nel 1959, per categorie professionali, presenta il seguente numero di casi: impiegati 71, operai 612, studenti 10, militari 41, altri 29; operaie 27, studentesse 2, domestiche 5, casalinghe 80, altre 8.

Poiché ho posto l'accento sull'argomento dell'incidenza dei lavoratori, richiamo l'attenzione degli onorevoli colleghi sul fenomeno migratorio interno del nostro paese. La sola Torino ha avuto nel 1959 un nuovo afflusso di 47 mila persone in cerca di lavoro, delle quali 18 mila dal meridione e dalle isole. Chi protegge codesta gente e chi difende quella con la quale viene a contatto? Ci vuole un controllo a tutela del lavoratore. Per questo plaudo alla proposta fatta nell'ammirevole relazione per la maggioranza di un controllo esteso come per tutte le altre malattie.

Non bisogna che a controllare siano soltanto le autorità di quei paesi nei quali i nostri connazionali si recano a lavorare. È noto, infatti, che per l'emigrazione in Francia gli operai devono sottoporsi ad esame sierologico per la lue presso l'unico centro istituito in Milano presso il consolato generale per la Francia. Ebbene, nel 1959, una discreta percentuale fu rimandata a casa essendo risultati la Wassermann o il test di Nelson-Meyer posi-

tivi. E come dire: la spirocheta non è merce di esportazione per il mercato comune europeo! Se non vogliamo che non diventi merce di sola importazione, tocca a noi premunirci con sagge provvidenze legislative.

Avviandomi alla conclusione, mi pare valga la pena di soffermarsi sul comportamento che, in materia, seguono le Nazioni Unite. È noto che la quarta assemblea generale delle Nazioni Unite si è occupata dell'argomento esprimendosi in grande, assoluta maggioranza per la tesi abolizionistica delle case di metricio.

La questione del controllo è però del tutto disattesa. La paura — lodevolissima per altro — di ledere l'inviolabilità della persona umana raggiunge, solo a questo proposito, la soglia dell'*idolum fori*. Il testo della convenzione, infatti, recita testualmente: « Ciascuna delle parti contraenti è d'accordo di prendere ogni misura necessaria per abrogare ogni legge, ogni regolamento ed ogni pratica amministrativa, secondo cui le persone che si danno o sono sospette di darsi alla prostituzione devono farsi iscrivere su registri speciali, possedere speciali documenti e conformarsi a condizioni eccezionali di sorveglianza o di denuncia ».

Che cosa è avvenuto? La convenzione è scritta, ma la ratifica è stata firmata soltanto da sei nazioni, e precisamente Brasile, India, Filippine, Unione sud-africana, Pakistan e Jugoslavia.

Ebbene, delle sei nazioni elencate, cinque mantengono ancora case di metricio. E allora, che razza di ratifica è? Mi pare che in questo caso ratificare significhi irridere alla convenzione. Altre 11 nazioni ancora hanno aderito, senza avere ratificato, ma tutte violano la convenzione, ad eccezione di Cuba, della quale non sappiamo nulla allo stato attuale. Quindi, su 82 nazioni aderenti all'O.N.U., soltanto 6 hanno ratificato ed 11 hanno aderito alla convenzione, per un totale di 17 nazioni.

Per chi volesse documentarsi con precisione, rimando alle notizie riportate sulla *Revue abolitioniste* (luglio-agosto 1959) ed alla pubblicazione dell'Organizzazione mondiale della sanità « *Maladies vénériennes — Aperçut de législation comparée* » (1956).

Un dato positivo emerge e credo sia condiviso da tutti: occorre un'opera di bonifica estesa a tutti indistintamente e che salvaguardi, sì, il rispetto della libertà personale, così come è voluto dalla legge n. 75 e, prima ancora, dall'articolo 13 della Costituzione repubblicana, senza, per altro, trascurare la sicurezza sociale che attualmente, per carenza di legge, è

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

disattesa. L'invito è venuto anche da parte del ministro Spataro, nella replica cui ho fatto cenno tenuta nell'altro ramo del Parlamento; ci viene dall'illustre procuratore generale della Corte di cassazione, avvocato Giovanni Bovio, il quale, a proposito della legge n. 75, affermava: « La legge è quella che è; cioè l'accettiamo e siamo ben lieti che vi sia. Se non vi fosse la vorremmo. Non resta che applicarla e cercare di attenuare gli inconvenienti e qualche difetto innegabile ».

Occorre tener presente l'appello accorato che tutti i parlamentari della circoscrizione lombarda hanno avuto da parte di 166 genitori del rione Monforte; occorre ricordare l'appello che ci viene da parte di qualche centro trasfusione. A questo riguardo dirò che è in aumento il numero dei donatori di sangue che vengono rinviati dopo il controllo perché trovati affetti da lue.

MERLIN ANGELINA. Quanti sono gli uomini affetti da lue?

FERRARI GIOVANNI. Ne ho parlato prima.

Per finire, ricorderò una sentenza della Corte di cassazione in merito alla legge n. 75. Infatti la Cassazione, con una recente sentenza in tema di applicazione della legge n. 75, ha ritenuto che « quando la peripatetica abitualmente adessa le persone nella strada e suscita capannelli di gente intorno a sé nella pubblica via o un via-vai indecente per le scale dell'abitazione, è evidente il pericolo per la moralità e, spesso, per l'ordine pubblico, sicché, a parte l'eventuale reato, sono possibili contro di lei misure di prevenzione ».

Qui interviene la necessità di una integrazione del problema, che vuole essere visto, come dicevo all'inizio, non solo sotto il profilo sanitario, ma anche sotto quello morale. In questo caso, ripeto, le imputate non sono soltanto le donne dedite al meretricio girovago. La dignità della donna si salvaguarda certo togliendo la schedatura, ma la si salvaguarda meglio e senza fariseismi... (*Interruzione del deputato Merlin Angelina*). Non faccia dell'umorismo, che è fuori luogo! La dignità della donna, dicevo, si salvaguarda meglio togliendo le cause che inducono oggi più che prima molte donne a percorrere le strade di un'umiliante degradazione. Un'istruzione più e meglio diffusa e meno superficiale, un divertimento vigilato, un lavoro assicurato per tutti, possono ridare a quelle donne il volto che ognuno di noi ha bene impresso negli occhi e nel cuore: il volto della madre e della sposa.

Gli apprestamenti legislativi, anche i più perfetti, hanno bisogno del concorso di tutti, perché a nulla valgono le leggi se non interviene il freno morale e la coscienza religiosa dell'individuo. Quali possono essere i provvedimenti che Parlamento e Governo vorranno prendere a questo riguardo? Io rivolgo un'accorata preghiera perché siano presi, e presi tempestivamente. Ed è per ciò che oggi ho voluto intrattenermi a questo riguardo. (*Applausi al centro - Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Bardanzellu. Ne ha facoltà.

BARDANZELLU. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il mio intervento riguarda alcuni speciali problemi della mia isola che anche in campo sanitario merita le premure del Governo. Non è che la Sardegna sia stata ignorata dai programmi governativi e riconosco che manifestazioni di buon volere si sono avute nel campo della assistenza e della previdenza sociale da parte degli organi centrali e regionali, nonché dell'Istituto nazionale della previdenza sociale.

Ma i problemi ai quali particolarmente farò cenno hanno bisogno di cure eccezionali e di eccezionale amore, per cui mi permetto di richiamare su di essi l'attenzione del ministro della sanità perché vi provveda con i mezzi che gli sono propri. La Sardegna ebbe nei secoli il travaglio della malaria che, come una maledizione, fiaccò il fisico della sua gente, pur conservandone forte l'animo. Si può anzi osservare che la reazione spirituale del sardo contro i malanni che dalla natura (e anche dagli uomini) gli venivano elargiti, ha fatto di lui un temperamento umano di caratteristiche singolari che nello scorrere del tempo ha affermato la volontà e il coraggio della resistenza e della lotta, che dovrebbero essere i presupposti della vittoria. Vittoria su se stesso, prima di tutto, e vittoria sulle avversità che hanno ostacolato e ancora ostacolano la sua migliore affermazione nella inesausta vicenda delle civili conquiste.

Nel discorso pronunciato da lei, signor ministro, al Senato il 15 maggio 1959 ella ha dichiarato che « la salute del popolo è la base prima di ogni benessere sociale e solido fondamento di ogni fortuna della patria ». Parole sante che io ora ricordo riferendomi anche al popolo sardo. Direi che esso si trova in speciali condizioni positive per essere recuperato nel campo della salute. E mi spiego.

La vivente popolazione della Sardegna è, in certo modo, sopravvissuta alla maledizione, cui ho prima accennato, della malaria. Ha avuto, quindi, nel tempo, un collaudo, triste

se vogliamo, ma sempre un collaudo della sua resistenza fisica e delle sue forze vitali. I più deboli, i meno atti alla lotta, vinti dalla insidia del male, sono ascesi agli iperborei spazi, accolti dalla misericordia di Dio; ma i rimasti sono certamente i più adatti a ritrovare quella salvezza fisica che è pure la base di una salvezza morale che noi vorremmo, in tutti i campi e con tutti i mezzi, difendere. La malattia è stata il banco di prova della loro resistenza. Ecco perché invoco dal ministro della sanità e dal Governo un particolare amore verso questo popolo che, proprio per quanto sopra ho detto, ha mostrato in guerra doti particolari di energia e di tenacia e che altrettante doti vorremmo che conservasse anche nella sua attività di pace per le migliori fortune della patria.

L'onorevole Segni, sempre pensoso delle sorti della sua terra, fece approvare nel giugno scorso, se non erro, un piano finanziario per la lotta antimalarica nella provincia di Sassari. L'opera grande di smalarizzazione compiuta dalla fondazione Rockefeller e dalla « Erlaas », (Ente regionale per la lotta anti-anofelica sarda) e sotto la responsabilità amministrativa della A.A.I. continuata poi a mezzo degli enti regionali e provinciali col centro antimalarico ed anti-insetti, va ora completata e perfezionata. Le difficoltà per la eradicazione della malaria sono immense. La lotta contro l'insetto alato (*anopheles maculipennis labbranchiae*) iniziata dagli americani con i mezzi più energici, fu continuata contro le larve nelle superfici idriche (fiumi, paludi e pozzi) dell'isola, ma non si riuscì a distruggere tutti i focolai. Nel 1952 fu identificata una varietà di anofele, la *sacarovi* capace di trasmettere pure la malaria. In questi ultimi anni vi è stata una manifestazione — non dirò di recrudescenza — di focolai larvali ed il professore Pasquale Marginesu, igienista insignito e rettore dell'Università di Sassari, ha dichiarato « pericoloso che a un certo momento si pervenga ad una densità anofelica idonea al ritorno dell'epidemia malarica quando nella zona vi sia la presenza di individui infetti sia recidivi, sia primitivi provenienti da altri paesi ». Esistono in realtà focolai non identificati, nascosti tra i canneti e le intricate boscaglie, per cui il professor Marginesu propone di eliminare la vegetazione palustre, ove i focolai si annidano, dando corso alle acque stagnanti con opere di bonifica e propone di controllare con esami omoscopici gli abitanti di tali zone.

Il diagramma della positività dei distretti malarici consiglia una lotta senza tregua

alle alate e alle larve. Nel 1952 i distretti positivi erano 63, discesi a 15 nel 1956 e saliti a 58 nel 1959. In quest'anno, nel comune di Nulvi si verificarono quattro casi di malaria quartana e devo riconoscere che subito tutta la zona dell'Anglona, di cui Nulvi fa parte, fu sottoposta ad un energico trattamento sanitario. L'amministrazione regionale e la Cassa per il mezzogiorno hanno proceduto al sistematico controllo delle superfici idriche, alla disinfestazione degli specchi d'acqua riscontrati positivi per anofeli vettrici e a opere di bonifica idraulica per distruggere i focolai malarici.

Questi interventi antianofelici hanno allontanato il pericolo potenziale di nuove infezioni malariche. Ma il pericolo non è del tutto scomparso. A una mia interrogazione dello scorso febbraio fu risposto, in data 1° aprile 1960, che « purtroppo le indagini sull'anofelismo residuo, a suo tempo praticato, resero evidente come i risultati, nonostante la lotta combinata antilarvale e antialata, fossero identici a quelli ottenuti nelle altre zone malariche del territorio nazionale, dove la lotta, attuata dall'amministrazione sanitaria, si era limitata agli interventi contro le alate. Successivamente, dall'amministrazione sanitaria fu intrapresa una azione di lotta per la eradicazione del parassita che non ha conseguito in Sardegna i risultati già raggiunti in altre provincie. Nell'isola infatti la forma prevalente è la quartana il cui parassita non si estingue spontaneamente nel giro di pochi anni. Data quindi la persistenza del parassita e la presenza dei vettori, il Ministero ha già provveduto ad assicurare integralmente i servizi antimalarici nell'isola e a disporre i trattamenti delle singole zone ».

Di ciò ho ringraziato e ringrazio il ministro, la cui buona volontà è fuori discussione; ma è pur certo che il 3 giugno 1960 fu segnalato un caso di malaria primitiva in una bambina di Terralba che, nella zona, suscitò giustificata apprensione. La presenza di un portatore umano della malaria rappresenta un grave rischio di diffusione endemica, in quanto consente la riapertura del ciclo malarico. Me ne feci subito doveroso scrupolo interrogando in proposito il ministro che, in data 1° agosto, mi ha assicurato che, oltre ai provvedimenti presi dal medico provinciale di Cagliari, il Ministero aveva inviato sul posto un malariologo, dalle cui indagini è risultata l'assenza dei vettori classici (*anopheles sacarovi* e *anopheles labbranchiae*) della malaria e la presenza invece, in densità notevole, della *algeriensis*, di cui non si conosce ancora bene il ruolo che può

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

assumere dal punto di vista epidemiologico. « In ogni caso — conclude la risposta ministeriale — non si può parlare di diffusione endemica, ma di caso sporadico, in quanto i sistemi difensivi attuati dall'amministrazione sanitaria sono tuttora operanti a pieno regime per la eradicazione del parassita ».

Le dirò, onorevole ministro, che, pur prendendo atto dell'opera fin qui svolta e alla stregua delle stesse dichiarazioni ministeriali, il pericolo del ritorno della malaria in Sardegna non è ancora scongiurato e l'allarme sollevato, con moderato ma fermo ragionamento, dal professor Marginesu ha la sua giustificazione.

Il dottor Efisio Lippi Serra, consigliere della regione sarda, ha segnalato al presidente Corrias qualche altro caso di malaria primitiva riscontrato nei centri di San Giovanni Suergiu e di Muravera ed è quindi logico che si invochi, anche da parte mia, un rafforzamento nella lotta, che deve essere effettivamente integrale, contro la malaria e che si compia a fondo una campagna antianofelica integrata da una bonifica agraria che elimini le acque stagnanti di qualunque genere. Esse rappresentano il *pabulum optimum* per le zanzare apportatrici della triste affezione.

Ma questa campagna, per risultare efficace, deve essere condotta senza risparmio, tenendo presente l'altissima e salutare posta che s'intende raggiungere.

A tale riguardo, mi permetto un rilievo di indole finanziaria in riferimento all'ultima risposta ministeriale cui sopra ho accennato.

In essa è detto che la lotta si svolge a « pieno regime » malgrado le notevoli decurtazioni apportate in questi ultimi anni all'apposito stanziamento del bilancio. La decurtazione è imponente: da 1 miliardo e 200 milioni si è scesi a 450 milioni, aumentati in questo bilancio di 50 milioni.

Onorevole ministro, ella mi insegna che il sangue vale più dell'oro e che nessun denaro potrà mai pagare le vite umane che si perdono. Le vite umane sono sacre, tutte, e, naturalmente, anche quelle dei sardi. Perciò faccia di tutto perché non decurtazioni avvengano d'ora innanzi, ma integrazioni, quante ne occorrono, perché l'opera risanatrice si compia in tutta la sua ampiezza e in tutta la sua bellezza.

L'altro male che insidia particolarmente il popolo è il tracoma. Il tracoma è malattia che ha seminato sempre, in tutti i tempi, dolore e disperazione. Il consigliere regionale, dottor Lippi Serra, in una sua proposta di legge alla regione, ricorda che gli antichi romani chia-

mano *aspritudo* questa tremenda infiammazione congiuntivale della quale furono vittime illustri anche Cicerone ed Orazio, san Paolo di Tarso e san Francesco d'Assisi. Pure attualmente si calcola che vi siano nel mondo circa 300 milioni di tracomatosi, ma, con una stretta al cuore, ho dovuto rilevare dalle statistiche che, fra tutte le regioni italiane, la più colpita è proprio la Sardegna. Vi sono nell'isola ben 8 mila ciechi; più di quanto non ve ne siano in tutto il resto d'Italia, e la causa di questa impressionante cecità è dovuta al tracoma.

Da un'indagine, fatta di recente dalla clinica oculistica di Cagliari, sulla popolazione scolastica delle elementari, è risultato che il 15 per cento dei bambini dichiarati sani dai medici scolastici era in realtà affetto da tracoma. Risulta inoltre che in determinati centri della Sardegna si toccano limiti di morbidità tracomatosa che raggiungono le paurose proporzioni del 75-80 per cento. Decine di migliaia di tracomatosi vivono con la paura della cecità.

Le alleate principali del male sono la difettosa alimentazione, la deficiente pulizia, le abitazioni antigieniche, figlie naturali della miseria che ancora incombe su tanta gente sarda. Ma, oggi che con gli antibiotici si può debellare il male, non bisogna più tardare nel venire incontro a questi infelici anche con le provvidenze amministrative, con le conquiste della scienza e con le riforme sociali.

In Sardegna l'organizzazione antitracomatosa è allo stato primordiale. L'organo preposto alla lotta contro la malattia è il comitato provinciale antitracomatoso, da cui dipendono gli ambulatori provinciali e comunali. La loro opera però non è né metodica, né regolare. Infatti, risulta che ancor oggi nei tracomatosi gli esiti della malattia sono per l'80 per cento di media ed alta gravità; inoltre, quasi nessun provvedimento profilattico viene adottato a carico dei familiari del malato di nuovo accertamento. Da una recente relazione ho appreso che l'inefficienza delle organizzazioni antitracomatose trova la sua conferma nella mancata copertura dei posti-letto nei preventori per tracomatosi esistenti in Sardegna (Cagliari e Dolianova). La regione a tal uopo ha stanziato annualmente 60-70 milioni, il cui impiego non apporta alcun serio beneficio.

Oggi che il *virus* del tracoma è stato scoperto e la cura con i sulfamidici e gli antibiotici ha dato per fortuna risultati positivi, è indispensabile ed urgente elaborare un piano di lavoro da parte delle autorità responsabili e competenti, ed attuarlo fino alla eradicazione totale della malattia.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

Il ministro, nel discorso che ho prima citato, rispondendo al senatore Benedetti, ha assicurato che in questo campo l'opera del Governo è in continuo sviluppo, ed ha inoltre letto la statistica dei dispensari pubblici scolastici o abbinati che nel 1948 erano 395 e nel 1958 592, e delle classi per alunni tracomatosi, che erano nel 1948 239 e nel 1958 375.

Vorrei, onorevole ministro, che tale progresso si attuasse pure nella regione sarda, che dalla tremenda malattia è la più colpita. Occorrono ambulatori comunali (anche per gruppi di comuni vicini) con medici esperti e mezzi sufficienti, occorre potenziare i comitati provinciali antitracomatosi, sia facendo di essi i centri propulsori della lotta contro la malattia, sia sanando i bilanci che trovansi in situazione deficitaria. Occorre altresì rendere obbligatoria la visita dei parenti di ciascun malato di nuovo accertamento.

Faccio mie, a tale riguardo, le sue parole, onorevole ministro: « Verso il cittadino, verso ogni uomo, parte integrante, ancorché infinitesimale, della società, noi dobbiamo andare fraternamente con un'assistenza che, per essere completamente idonea, deve essere anche anticipatrice ».

Sono parole sante che ella pronuncia anche a proposito della lotta antitubercolare. Riassumerò in breve su questo problema la situazione sarda. Mentre in Italia la mortalità è passata da 50-60 per 100 mila abitanti a 18 in questi ultimi 2 anni, la morbilità in Sardegna è invece ancora più alta di altre regioni d'Italia, avendosi per essa 1,7 per cento di fronte allo 0,9-1,3 per cento della Toscana e della Lombardia. In cifre assolute il numero di malati di nuovo accertamento in Sardegna si aggira intorno alla media annua di 2.422. I malati già esistenti e quelli ricaduti sono in media 2.055 ogni anno. Da queste cifre sfuggono i malati non assicurati né visitati presso i consorzi provinciali antitubercolari, che sono circa 1.500. Di tutti i malati, il 38 per cento è rappresentato dai minori, cifra eccezionalmente alta rispetto alla media italiana che è del 24-26 per cento.

La tubercolosi resta quindi ancora la livida regina delle affezioni sociali in Sardegna, e le sue alleate sono, anche in questo caso, la scarsa alimentazione e le abitazioni antighie-niche, figlie naturali, come si è detto, della miseria.

Lo Stato adotta in Sardegna le stesse misure profilattiche di ogni contrada d'Italia, mentre esse dovrebbero venir adeguate alle condizioni depresse della zona. La regione stanZIA 150 milioni annui per la lotta contro

la tubercolosi e a favore dei dispensari. Ma la somma è inadeguata e dovrebbe essere spesa con maggiore criterio organico. Da parte sua, la regione ha adottato dei sistemi di prevenzione con i preventori regionali ad Arzana e a Tempio, molto utili, ma ancora non sufficienti. Come deficitari risultano i consorzi provinciali e, privi dei mezzi occorrenti, i dispensari. L'I.N.P.S. ha costruito un moderno, razionale ed efficiente preventivo ad Iglesias ed è da augurarsi che ne costruisca altri in provincia di Sassari e di Nuoro.

La popolazione non assicurata presso l'I.N.P.S. ha una assistenza parziale e discontinua.

È necessario intensificare l'assistenza profilattica ed alimentare specialmente la prescolastica, presso gli strati più poveri. Occorre controllare i bambini e seguirli con amore perché alla maggiore età non cadano in forme più conclamate di tubercolosi, rappresentando serio pericolo per la comunità nella quale vivono.

Concludo su questo punto ricordando uno *slogan* appropriato: il miglior sistema di cura è una buona prevenzione; il miglior sistema di prevenzione è una buona cura.

Ma la malattia polmonare più diffusa in Sardegna è la silicosi. L'industria mineraria che in Sardegna occupa la maggior parte delle maestranze e la costituzione geologica ricchissima di quarzo danno alla Sardegna questo doloroso primato. La silicosi ha una incidenza nei lavoratori delle industrie estrattive (in numero variabile dai 22 mila ai 18 mila) del 2,8-3 per cento, cioè in misura nettamente superiore alla media italiana dei lavoratori esposti al rischio silicotigeno. Negli ultimi 13 anni il direttore della clinica medica e del centro studi malattie professionali della clinica della università di Cagliari, professor Mario Aresu, ha accertato 3.063 casi di silicosi, il che corrisponde ad una media annua di 235 silicotici indennizzabili, che rappresentano circa il quarto dei silicotici di tutta Italia.

Ciò dipende dal fatto che la Sardegna è il massimo bacino minerario del nostro paese.

Per quanto riguarda l'organizzazione industriale sanitaria, debbo dire che qualche cosa è stata fatta. Le grandi industrie nazionali hanno adottato dal 1950 in poi i moderni mezzi di prevenzione della silicosi, e cioè: perforazione ad acqua, aerazione, meccanicizzazione dei lavori più polverosi. Le piccole industrie, invece, hanno impianti ancora antiquati e privi di prevenzione. Però manca in Sardegna un'adeguata assistenza al silicotico, specialmente dopo ottenuto l'indennizzo che talvolta

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

è minimo (5-10 mila lire al mese) e che porta di consueto alla disoccupazione.

Credo che la situazione dei minatori silicotici sia la più squallida di tutte. Basti pensare al lavoro allucinante compiuto nelle viscere della terra con tutti i rischi che comporta; basti pensare che taluni meno resistenti sono invalidati, a causa della silicosi, prima di aver raggiunto il limite pensionabile, per cui si trovano, ad un certo momento, malati e disperati, senza assistenza di sorta. Sono i casi che io segnalo all'attenzione del ministro, perchè a questi sfortunati lavoratori, ghermiti dal male anzitempo, venga concessa la possibilità di umana vita. Non solo non esistono luoghi di ricovero per i silicotici giunti allo stadio dello scompenso cardio-respiratorio, ma nemmeno esistono luoghi di prevenzione all'aggravarsi della malattia. E doloroso constatare che l'unica speranza di tali pazienti è quella di ammalarsi di tubercolosi, che dà loro la possibilità di un indennizzo superiore e di una assistenza sanitaria completa da parte dell'I.N.P.S.

Per cui è urgente, in nome della dignità umana, la istituzione di centri di assistenza igienico-sanitaria con possibilità di ricoveri per prevenire l'insorgere di complicanze, e possibilmente curare la riabilitazione ad un lavoro idoneo di questi malati.

A titolo di onore ricordo qui un benemerito della patologia sociale, il professor Aresu, che, con profonda competenza e con ammirevole dedizione, guida il corso di specializzazione in malattie del lavoro all'università di Cagliari, ove gli studenti hanno la possibilità di familiarizzarsi, ancor prima della laurea, con la delicata materia che così vivamente interessa la salute dei nostri lavoratori.

Ultimo argomento di questa mia spettrale rassegna di malanni è la echinococcosi o idatitosi la cui diffusione in Italia è molto diversa fra le varie regioni. Anche in questo campo, la Sardegna è la più colpita: 14,8 per cento in Sardegna e meno del 3 per cento nelle altre regioni, fino ad arrivare allo 0,13 per cento in Lombardia.

La malattia colpisce a preferenza l'ambiente agricolo; ma, mentre in tutta Italia l'incidenza fra le classi agricole è del 60,32 per cento, in Sardegna raggiunge addirittura la percentuale del 73,88 per cento. È noto che la malattia dell'uomo è legata a quella degli animali, nei quali si svolge il ciclo biologico del verme, e particolarmente del cane che, con le feci, la saliva e i tegumenti infetta l'acqua, le verdure e le erbe. Gli erbivori sono le maggiori vittime. Si infettano con le uova del te-

nia echinococco che, nell'intestino, infettano, con le cisti, ogni organo.

Lo sbalzo delle percentuali di animali infettati è rilevante. Per i bovini adulti, ad esempio, mentre in Italia la percentuale è del 9,15 per cento, in Sardegna sale al 55,09 per cento, e per gli ovini adulti si ha il 23,91 per cento in Italia e il 68,72 per cento in Sardegna. È perciò necessario intensificare la profilassi contro la echinococcosi con una adeguata organizzazione sanitaria per la pulizia dei cani, specie di quelli al seguito delle greggi, e con la distruzione dei visceri degli erbivori parassitati di cui spesso i cani si nutrono.

Le difficoltà sono costituite dalla macellazione clandestina o abusiva che, in genere, esclude la distruzione dei visceri e dei residui della mattazione, dalla mancanza o deficienza di mattatoi e dalla propaganda troppo spesso trascurata nelle scuole e nei comuni. Il professor Mario Aresu, dell'università di Cagliari, e il professor Palmerio Delitala dell'università di Sassari, hanno compiuto sulla grave malattia studi profondi e lunghe esperienze, indicandone anche i mezzi efficaci di difesa. Come si è arrivati a combattere la rabbia, dell'uomo, con una vaccinazione obbligatoria dei cani, così si può combattere la idatitosi dell'uomo uccidendone il verme quando si trova ancora nell'intestino del cane mediante la somministrazione ogni anno di una dose di arecolina.

Bisogna però imporre, come per la rabbia, la disinfestazione dei cani. L'opera di difesa va poi continuata e integrata nei mattatoi.

Per la Sardegna esiste una legge regionale, quella 23 giugno 1950, che rende possibile l'attuazione di un piano, finanziato per il 50 per cento dallo Stato, per la costruzione dei mattatoi nei comuni rurali. Ma tale legge ha subito una fase di arresto perché è allo studio un metodo per regolare meglio, preventivamente, la distruzione dei visceri degli animali macellati.

Mi permetto di richiamare l'attenzione del ministro perché tale legge abbia regolare e sollecita applicazione.

Con decreto-legge 19 novembre 1955, numero 1302, è stato concesso alla regione un contributo straordinario per la costruzione di mattatoi. In Sardegna ne esistono in cinquanta comuni, mentre ne sono privi ben 347. Se il Governo asseconderà lo sforzo encomiabile che sta compiendo la regione per l'attuazione del piano sui mattatoi, si raggiungerà la vittoria su una delle peggiori malattie di cui la Sardegna detiene il non invidiabile pri-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

mato e che è un vero flagello per gli animali e per gli uomini.

Vorrei parlare anche della questione ospedaliera, ma il discorso sarebbe troppo lungo e poi vi rinunzio per una ragione: ella, onorevole ministro, in quest'aula una volta promise un viaggio in Sardegna per visitare l'isola e per rendersi direttamente conto delle condizioni sanitarie. Io mi auguro che questa visita avvenga.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. È stata già iniziata. Il 1° settembre sono stato già in provincia di Cagliari.

BARDANZELLU. Per il congresso.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Per il congresso e per la visita ad alcune istituzioni sanitarie.

BARDANZELLU. Benissimo, spero che la completi. Così potrà rendersi conto della situazione ospedaliera, che affido alla sua coscienza, alla sua intelligenza e al suo amore.

Onorevole ministro, la rapida scorsa che, naturalmente, con limitata competenza, ho compiuto sulle dantesche bolge dei mali di Sardinia vogliono essere non un grido di allarme, ma di speranza, nell'opera tempestiva ed adeguata del Ministero che lei presiede per difendere la salute del popolo sardo. È un popolo, quello sardo, che merita il suo aiuto e l'aiuto della patria, di cui la Sardegna è stata e sarà, in ogni ora ed in ogni frangente, forza viva ed operante. (*Applausi a destra — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la onorevole Angela Gotelli. Ne ha facoltà.

GOTELLI ANGELA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, limito il mio brevissimo intervento ad un solo punto, sebbene il fatto che il Ministero della sanità sia di recente istituzione, metta un po' in tentazione di fare in ogni discussione del bilancio un esame di fondo sulla sua impostazione, sulle sue attribuzioni, sulla sua funzionalità e sui suoi indirizzi. Resisto a questa tentazione e mi limito perciò ad un argomento che può sembrare di secondaria importanza solo a chi sia superficialmente informato sulla situazione sanitaria: i servizi infermieristici.

Non si può concepire oggi né profilassi, né cura, né recupero di malati per il loro reinserimento nella vita sociale, né progresso moderno di igiene e di terapia senza che l'opera del sanitario sia in certo senso preparata e completata e resa attuale in ogni momento, in ogni ambiente, da infermiere professionali preparate e dignitosamente inquadrare nel loro posto di lavoro.

L'Organizzazione mondiale della sanità alcuni anni fa, ricorrendo il centenario della meravigliosa opera di Fiorenza Nightingale nella guerra di Crimea, dedicò la giornata mondiale della sanità al problema delle infermiere professionali ed una commissione di esperti si esprime allora in questi termini (prendo la citazione dalla completa, perfetta e diligentissima relazione del nostro collega Colleselli): « La penuria di infermiere qualificate in possesso di una formazione conforme alle esigenze della moderna scienza medica è uno degli ostacoli che impediscono l'applicazione e lo sviluppo dei vasti programmi sanitari che soli potrebbero evitare e guarire tante malattie di cui una larga parte della famiglia umana è ancora vittima. Le infermiere e le assistenti sanitarie sono considerate oggi in tutti i paesi civili cardini dei servizi sanitari (opportunamente scritto in corsivo) e si è giunti ad asserire che nei paesi in cui l'assistenza infermieristica non segue di pari passo il progresso della medicina, quest'ultima non si riflette nelle condizioni sanitarie della popolazione ». Come a dire, cioè, che anche i progressi della scienza medica, per quanto superbi e stupendi, non danno il loro completo frutto senza queste preziose operatrici del mondo assistenziale: infermiere specializzate per i vari servizi: caposala (la legislazione vigente ne prescrive una per ogni divisione ospedaliera, e non dovrebbe essere un'utopia) e infermiere professionali (dovrebbero essere in rapporto di una ogni 30 degenti negli ospedali). Le assistenti sanitarie visitatrici o vigilatrici della infanzia sono — o almeno dovrebbero essere — indispensabili ed insostituibili, come le sole che sono preparate e abilitate a questi compiti, negli ospedali pubblici, nelle cliniche private, presso tutti gli enti che hanno competenza in materia sanitaria, negli ambulatori, consultori, dispensari, ecc. Sono più ricercate e più utili di quanto non si creda anche per l'assistenza degli infermi a domicilio, quando non bastino le capacità dei familiari.

Quale numero di infermiere diplomate occorrerebbe allora in Italia, in rapporto alla popolazione, sulla traccia di quel che accade nei paesi che hanno una più evoluta e perfetta organizzazione sanitaria? Quale numero ne occorrerebbe in rapporto al numero dei medici, se, come è logico, si pensa che l'opera di ciascun medico si debba irradiare attraverso il completamento e l'opera delle infermiere? Solo nei paesi con più evoluta organizzazione sanitaria il numero delle infer-

miere è variamente multiplo del numero dei medici, mentre in Italia ai 77 mila medici corrisponde un'infermiera ogni 4 o 5.

L'inconveniente si aggrava se si pensa che la distribuzione delle infermiere professionali non è omogenea in Italia, e la rarefazione si accentua là dove più acuta è l'urgenza di un progresso sanitario e di una migliore educazione igienica; dove (come dice il documento degli esperti dell'O.M.S.) si potrebbero forse debellare e vincere alla radice le malattie: per esempio, il tracoma, che ancora affligge e segna con stimmate di arretratezza almeno un terzo delle province italiane e che potrebbe essere combattuto e vinto definitivamente da una migliore coscienza igienica della popolazione.

Quest'anno, le diplomate delle varie scuole-convitto sono state 1.200; 90 diplomate caposala, 120 assistenti sanitarie visitatrici, 110 vigilatrici per l'infanzia. V'è un progresso, dunque, che sottolineiamo e che salutiamo con soddisfazione, grati a chi l'ha promosso. Ma è un aumento che viene neutralizzato dalle maggiori esigenze, dalla dilatazione che anno per anno presentano i servizi sanitari in Italia. Siamo sempre, quindi, con una grande carenza, con un grande vuoto che non può non preoccupare chi è sinceramente sollecito della salute del popolo italiano e anche del buon rendimento di quanto si fa e di quanto si spende per la tutela della salute pubblica.

Come si rimedia a questa mancanza di personale qualificato? Ricorrendo ad infermieri generici, quando vi sono, cioè a personale preparato solo come ausiliario dell'infermiere professionale. Si rimedia anche ricorrendo a persone non qualificate affatto, che confondono la loro funzione con quella delle infermiere professionali, come se — per esempio — in una scuola gli insegnanti diplomati e abilitati dovessero dividere le loro funzioni con persone senza alcun titolo e senza alcuna preparazione; col risultato, anche, di scoraggiare, livellare, mortificare chi ha una vera preparazione rispetto a chi non l'ha, e di vedere spesso parificato il suo trattamento economico, oltre che la sua funzione e la sua posizione sociale.

Perché non si riempie questo vuoto? Mancano forse le energie in Italia, dove tante giovani sono in ansia per procurarsi un impiego, in un momento in cui è tanto difficile per le giovani donne vedere dischiusa una via sicura d'impiego; in quest'Italia dove c'è indubbiamente (e possiamo fare sicuro riferimento alla ricca psicologia della donna italiana) un serbatoio di energie pronto ad impegnarsi,

direi a votarsi a questo lavoro, il quale, pur nella sua innegabile austerità, ha un fascino, il fascino della bontà che si dona a sollievo e conforto di chi soffre, a tutela e a difesa di chi è più fragile, di chi è più esposto?

La spiegazione di questa sfasatura tra esigenze e realtà, fra possibilità ed attuazione, è da ricercarsi nella difficoltà di organizzare in numero e modi adeguati le scuole-convitto. Mentre lo Stato considera suo onere tutta la istruzione pubblica in Italia, di questo settore finora non si è addossato l'onere e lascia agli ospedali di prima categoria, attraverso una opportuna disposizione del Ministero della sanità, il compito di organizzare le scuole-convitto. Ma è giusto e umano che gli ospedali cerchino di qualificare quel tanto di personale infermieristico che serva per i bisogni interni dell'ospedale stesso. Gli ospedali non possono e non devono avere la preoccupazione e la cura di quanto occorre in campo nazionale. Le amministrazioni ospedaliere, pressate come sono da strettezze finanziarie e da angustie di locali, non possono largheggiare nella organizzazione delle scuole-convitto; e trovano giusto e naturale (e dal loro punto di vista non possiamo fargliene un torto) che le allieve, a compenso dell'ospitalità e dell'insegnamento che ricevono dall'ospedale, ricambino con un servizio nei reparti, servizio che va molto al di là delle esercitazioni di tirocinio, servizio pesante, con sfiibranti turni anche di notte che mal si accorda con le fatiche dello studio.

È dura la vita dei convitti (specie l'allenamento dei principianti); è dura per forza di cose, e talvolta accade — loro dico con precisione di informazione — che queste giovanissime allieve ottengono il bel risultato di prepararsi a servire gli interessi della sanità pubblica compromettendo seriamente la loro salute personale.

Non si può assolutamente andare avanti così, lasciando che siano dibattuti gli oneri di questa preparazione fra due termini di un binomio di poveri: perché povero è l'ospedale e povera è l'allieva. La spesa deve essere assolutamente reperita nei pur magri bilanci dello Stato. Del resto, non si tratta di una somma astronomica, né di difficoltà insuperabili.

Questo tipo di spesa figura nel capitolo 50 del bilancio della sanità. Va lodato il ministro per l'aumento di 30 milioni. Si è anche un po' più evidenziata la parte dell'istruzione infermieristica. Ma trattandosi di voci di grande interesse per la vita sanitaria italiana, bisogna riconoscere che i 280 milioni annui stanziati in questo capitolo sono ben poca

cosa. Il capitolo riguarda: « Sussidi e contributi per studi e ricerche nell'interesse dell'assistenza sanitaria ospedaliera, ambulatoriale e domiciliare. Sussidi per l'impianto ed il funzionamento dei centri per la trasfusione del sangue e l'incremento degli studi sulla ematologia e sulle trasfusioni. Contributi per l'impianto ed il funzionamento delle scuole-convitto professionali per infermiere e per assistenti sanitarie visitatrici. Borse di studio per la frequenza delle scuole stesse. Contributi per il funzionamento delle scuole stesse. Contributi per il funzionamento delle scuole per infermiere ed infermieri. Sussidi e contributi per studi e ricerche nell'interesse dell'assistenza psichiatrica e dell'igiene mentale. Sussidi e contributi per studi e ricerche nel campo della gerontologia e geratria ». Tutte voci di grande importanza e in rapido sviluppo per le quali è previsto uno stanziamento annuo di appena 280 milioni, dei quali alle scuole per infermiere finiscono col restare solamente le briciole.

Il Ministero della sanità deve e può vincere questa battaglia, nella quale avrà certamente solidale il Parlamento. Dalla possibilità di provvedere dignitosamente e in maniera concreta e sostanziosa al funzionamento delle scuole-convitto deriveranno per il Ministero maggiore prestigio e dignità, maggiore autorità nell'intervenire per la programmazione di tutto ciò che è necessario fare per riempire questo vuoto; per disporre lo sviluppo delle scuole e la loro specializzazione; per portare avanti, d'accordo col Ministero della pubblica istruzione, lo studio della riforma del piano di studi, in modo che quella dell'infermiere sia considerata, così come deve essere, una professione di concetto, col conseguente stato giuridico e trattamento economico, laddove oggi accade ancora che infermiere professionali siano livellate ai salariati.

Sarà inoltre opportuno preparare una riforma radicale delle scuole-convitto, di cui si impone il rinnovamento. Il sistema del convittamento rigido potrà forse essere superato, ammettendosi anche qualche frequenza di non convittate, così come si potrà studiare l'ammissione anche di personale maschile con compiti particolari, lasciando al personale femminile l'assolvimento delle funzioni ad esso più congeniali, ossia la cura e l'assistenza al letto dell'infermo.

Si tratta di problemi che devono e possono essere tutti affrontati e risolti, ma a condizione che le scuole-convitto abbiano i mezzi per vivere e possano contare su adeguati finanziamenti.

È inoltre necessario procedere alle specializzazioni, oggi insistentemente richieste. In questi giorni, ad esempio, si è sottolineata l'esigenza che l'assistenza psichiatrica non sia limitata ad una semplice funzione di custodia e di difesa; ma perché quest'opera assistenziale possa essere svolta occorre che, accanto ai medici, vi sia personale infermieristico intelligentemente preparato, veramente qualificato; e questo personale non può solitamente essere preparato dalle amministrazioni provinciali che hanno in gestione gli ospedali psichiatrici.

Si avverte inoltre la mancanza di fisioterapisti, particolarmente sentita allorché esplose, alcuni anni fa, la triste epidemia di poliomielite, i cui postumi per altro vengono risentiti ancora oggi: come sentimmo, allora, la assoluta deficienza di personale preparato, da utilizzare per il recupero funzionale degli organi colpiti dalla paralisi !

È necessario poi avere infermiere ostetriche. L'ostetrica tradizionale, pura assistente al parto, è oggi meno richiesta che in passato, dato che le gestanti si recano in clinica, tanto che le amministrazioni comunali tendono a sopprimere i posti di ostetrica condotta: assai più utile sarebbe l'opera di infermiere specializzate in ostetricia, valide operatrici nell'ambiente locale per l'igiene pre e post-natale e in genere per l'assistenza alle gestanti, in stretto collegamento, naturalmente, con l'O.N.M.I. Altrimenti potrebbe accadere che appena uscite dalla clinica le puerpere vengano abbandonate a loro stesse.

Si comincia anche ad avvertire l'esigenza di infermiere di bordo che collaborino con i medici di bordo soprattutto nell'assistenza dei passeggeri più poveri, che compiono le traversate per motivi di lavoro, e dell'equipaggio; è da ricordare a questo proposito che è accertato un accentuato invecchiamento precoce della gente di mare, dovuto principalmente alle cattive condizioni di salute di questi lavoratori.

La esemplificazione potrebbe continuare, e da essa risalterebbe, in maniera ancora più evidente, quello che ho detto al principio, cioè che per una buona organizzazione sanitaria e per un buon rendimento di quanto si spende nel settore, è indispensabile questa grande fitta rete di collaboratrici sul piano infermieristico.

Mi auguro che questo vuoto si riempia presto. Lo credo utile e possibile. Tutto questo si inserisce in quello sforzo che consideriamo doveroso anche per una qualificazione della

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

gioventù italiana secondo le possibilità di impiego e le esigenze del mercato del lavoro.

Concludo con l'augurio che l'Italia non rimanga indietro in questo settore nei confronti degli altri paesi civili, tanto più che il nostro paese, nell'afflato della sua anima cristiana, è stato nei secoli maestro al mondo nell'assistenza non solo amorevole e generosa ma anche intelligente e sapientemente organizzata. (*Applausi al centro — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Delfino. Ne ha facoltà.

DELFINO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il rilievo fondamentale mosso dai relatori di minoranza a questo bilancio è il suo immobilismo documentato dalla minima variazione della spesa e dalla staticità dei suoi schemi. Estendere tali rilievi e accuse a tutta l'azione del ministro della sanità è per i relatori nell'ordine della logica consequenziale. Obiettivamente noi non ce la sentiamo di condividere tale giudizio sommario, anche perché riteniamo che un giudizio fondato lo si può dare solo dopo un certo periodo di attività del nuovo dicastero, durante il quale potranno consolidarsi le nuove strutture e si potranno superare gli ostacoli frapposti da altri ministeri, che non vorrebbero cedere competenze proprie della sanità al nuovo Ministero.

Nello scorso mese di novembre il Consiglio di Stato definì i confini di competenza tra il Ministero della sanità e quello dell'interno. Credo siano rimaste in sospenso alcune questioni di competenza per quanto concerne i rapporti col Ministero dei lavori pubblici per la costruzione degli ospedali, col Ministero dell'agricoltura e foreste per la repressione delle frodi alimentari, col Ministero del lavoro per tutti gli enti che devono essere controllati.

In questa situazione è evidente che i primi passi del nuovo Ministero abbiano dovuto seguire gli schemi dell'Alto Commissariato. Ma è anche chiaro che se al Ministero stesso non verranno riconosciuti tutti i compiti e le prerogative che gli sono propri, sarà servito a ben poco averlo creato. Non solo non si riconoscono al nuovo Ministero ulteriori competenze, ma si ha l'impressione che non si rispettino o si sabotino quelle già attribuitegli.

Ricordo, ad esempio, di aver già richiamato all'attenzione dell'onorevole ministro l'atteggiamento dei prefetti che continuano ad autorizzare l'apertura provvisoria di farmacie, nonostante che il Consiglio di Stato abbia chiaramente stabilito che la materia

rientra nella esclusiva competenza del Ministero della sanità.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Ho già richiamato quei pochi medici provinciali i quali hanno lasciato in questa materia piena libertà di azione ai prefetti.

DELFINO. Un altro problema sul quale desidero richiamare l'attenzione del ministro è quello degli uffici degli ufficiali sanitari, che non dispongono né di attrezzature né di personale amministrativo adeguati a svolgere le pratiche riguardanti le farmacie e tutti gli altri problemi che interessano la sanità, compreso quello dell'adeguamento del personale dei vari uffici dei medici provinciali e dei medici provinciali delle grandi città.

Un punto in cui ci è sembrato che l'attività del Ministero della sanità si sia dovuta arrestare è quello della mancata emanazione, da parte del Governo, delle leggi delegate entro il termine stabilito.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Le norme delegate hanno avuto il consenso di tutti i ministeri interessati. Il ritardo è dovuto alla crisi di Governo e alla necessità di riesaminare la materia in sede di nuovo Consiglio dei ministri.

DELFINO. Ci fa piacere questa precisazione. Non voglio assolutamente muovere un appunto a lei, onorevole ministro; tutt'al più al nuovo ministro dell'interno che ha voluto imputarsi arrestando per sei mesi l'emanazione di queste norme che, essendo state concordate con tutti i ministeri (e in particolare con i Ministeri del tesoro e dell'interno), erano utilissime allo snellimento del Ministero della sanità. Il ministro dell'interno attuale poteva benissimo avere fiducia nel precedente ministro, poteva avere fiducia nelle direzioni generali; invece abbiamo saputo che, in sede di Consiglio dei ministri, queste norme delegate sono state fermate perché un provvedimento di proroga per sei mesi, che credo sia stato presentato al Parlamento. Non vorrei che questi atti, oltre a costituire un sintomo, rappresentassero una velleità di un ritorno, da parte del Ministero dell'interno, a non voler cedere quelle competenze che appartengono al Ministero della sanità e che ad esso devono essere cedute, altrimenti sarebbe inutile aver istituito il nuovo dicastero.

Vi è un altro punto su cui desidero intrattenermi: quello dei rapporti con il Ministero del lavoro e gli enti da esso controllati. Lasciamo stare il problema, qui accennato, dell'unificazione degli istituti di assistenza e previdenza. Questa unificazione non

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

ha avuto il coraggio di farla alcun governo e non la farà, purtroppo, neppure questo, di cui fanno parte uomini che parlano di riforme di struttura. Ma le riforme di struttura sono evidentemente viste solo a senso unico nel settore della privata economia. Lo Stato può continuare a mantenere in piedi strutture e sovrastrutture antieconomiche e dispersive, specie quando si tratta, come in questo caso, molte volte di pascoli riservati.

Questi enti hanno praticamente tenuto in vita il quadripartito: infatti in essi vi sono maggiormente rappresentati, alla presidenza e nei consigli di amministrazione, i partiti dell'attuale maggioranza. Questo Governo perciò meno degli altri potrà affrontare il problema dell'unificazione. Ma senza un irreparabile pregiudizio alla funzionalità dei servizi, il Ministero della sanità non può lasciare insoluti i problemi determinati dalla realizzazione di una politica sanitaria vera e propria attuata da questi enti, politica sanitaria che, in considerazione della giusta, massima dilatazione degli interventi delle casse mutue, finisce con l'influenzare e addirittura con l'identificarsi con tutta la politica sanitaria nazionale, dai medici alla distribuzione dei farmaci. Questi enti dettano praticamente legge: stipulano convenzioni, compilano e aggiornano prontuari di prezzi, e tutti sono costretti ad adeguarsi a tale politica. La professione medica va verso il disamore e il pericoloso appiattimento, ed è tariffata la produzione, fermata ai prezzi e alle valutazioni dei prontuari, senza contare la insostenibilità dello sconto del 12 per cento che grava sull'industria e del 5 per cento che grava sulle farmacie.

Su tale questione l'« Inam » insiste e punta i piedi. L'industria farmaceutica è riuscita ad ottenere l'assenso delle altre categorie industriali per una ripartizione dell'onere del 12 per cento che grava sulle medicine vendute attraverso l'« Inam ». Ora, con l'accordo di tutte le categorie industriali, il dodici per cento potrebbe essere ripartito fra tutte le categorie industriali. La Confindustria ha dichiarato di essere d'accordo; ma l'« Inam » continua a frapporre ostacoli perché con l'attuale sistema è sicura di potere incassare di più. La produzione farmaceutica è gravata da numerosi oneri, ciò che arresta lo sviluppo e la ricerca. Ora, se l'industria farmaceutica sarà sgravata di quest'onere, potrà senza dubbio pervenire ad una diminuzione del costo dei prodotti. Ripeto: tutte le categorie industriali sono d'accordo sulla ripartizione di quest'onere; « l'Inam », invece, si oppone.

In questo modo non si fa che ostacolare lo sviluppo di questo settore industriale.

Aspetti di questo problema sono stati denunciati anche ieri dal presidente nazionale dell'ordine dei medici, onorevole Chiarolanza. Indubbiamente, il Ministero della sanità deve agire, le competenze devono essere definite e precisata deve essere la politica sanitaria.

Si è parlato molto delle farmacie e sono state presentate in proposito numerose proposte di legge. Si deve prendere atto che il servizio farmaceutico in Italia funziona in modo egregio, specie se confrontato a quello di tante altre nazioni, come ad esempio l'Inghilterra. Ora, dato che questo servizio funziona in misura soddisfacente, mi sembra poco opportuno proporre modifiche alla legislazione vigente. In questo settore si deve agire con molta cautela, con prudenza, senza prestar fede a notizie poco attendibili fatte circolare da alcuni agitatori sindacali di categoria. Infatti si è parlato persino di 20 mila farmacisti disoccupati quando i farmacisti in Italia sono meno di 30 mila, quasi tutti occupati, gran parte nelle farmacie, altri nell'industria chimica e nella propaganda farmaceutica. Si può, quindi, affermare che non vi sono disoccupati.

Non condivido il proposito del ministro della sanità di aumentare il numero delle farmacie autorizzando l'apertura di una farmacia per ogni 3 mila abitanti, invece degli attuali 5 mila abitanti. In questo modo si favoriscono proprio le grosse industrie che, attraverso questo eccessivo numero di farmacie, potrebbero creare una catena di farmacie per imporre i propri prodotti, degradando così la funzione della farmacia a quella di una drogheria. Il farmacista è spesso, per il popolo, il medico di fiducia. Talvolta la gente va dal farmacista piuttosto che dal medico per avere consigli; il farmacista controlla anche un po' l'opera del medico stesso nella ricetta. Perché introdurre innovazioni addirittura rivoluzionarie quando si hanno i precedenti di nuove leggi che si sono dovute accantonare per ritornare all'antico e quando è ancora in vigore il principio del numero chiuso delle farmacie?

Di fronte a questi problemi, poiché faccio parte della categoria, inviterei un po' alla meditazione gli uomini di Governo che presentano progetti di legge in questo senso. E inviterei ancora di più a meditare sul problema rappresentato dalla Confederazione della municipalizzazione che soffia sul fuoco per cercare di portare avanti il concetto di

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

farmacie municipali come se esse potessero veramente svolgere un'azione calmieratrice del prezzo dei medicinali. L'articolo 125 del testo unico, invece, stabilisce il prezzo fisso. Se questo non dovesse essere, noi creeremmo una certa concorrenza che potrebbe portare al pregiudizio della stessa spedizione della ricetta.

Nel caso della municipalizzazione, vi è da osservare che non si mira ad aprire farmacie nei piccoli centri. La confederazione suddetta insiste nel suo proposito avvalendosi di una interpretazione dell'articolo 27 della legge 9 giugno 1947, da cui presumibilmente scaturisce il diritto di un comune ad autorizzare l'apertura di farmacie. Ma questo diritto è da considerarsi eccezionale, dato che tutta la suddetta legge è imperniata sul diritto personale.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Questa questione l'abbiamo già chiarita.

DELFINO. Sostanzialmente le farmacie municipali sorgono soltanto nei grossi centri. In Versilia si trovano numerose farmacie municipali; Reggio Emilia è piena di farmacie municipali; ma in provincia e nei piccoli centri non vi sono farmacie comunali. La verità è che si aprono farmacie dove si può raggiungere un utile. Perciò occorre incrementare ed aiutare le farmacie rurali e non fare invece dell'urbanesimo anche nel campo delle farmacie. I paesi ancora privi di farmacie sono 2.600 e si tratta di piccoli centri con meno di tremila abitanti. Bisogna attuare provvidenze legislative atte ad aiutare i farmacisti rurali; occorre favorirli in tutti i modi. Attualmente essi sono aiutati col contributo delle farmacie urbane. I farmacisti urbani sono disposti ad aumentare notevolmente il loro contributo. Vi è una proposta di legge, accettata anche dai proprietari di farmacie urbane, che eleva il contributo per il fondo a favore delle farmacie rurali da 70-80 milioni a mezzo miliardo. Questa o altre proposte potrebbe apportare un decisivo aiuto alle farmacie rurali. L'apertura di nuove farmacie rurali potrebbe essere favorita riconoscendo, nei concorsi, particolari titoli a coloro che hanno aperto una farmacia rurale o hanno prestato servizio presso di esse.

Inoltre, signor ministro, vi è da risolvere il problema della deficienza di farmacie nei nuovi quartieri periferici delle grandi città. Basterebbe modificare il sistema di formazione della pianta organica legandolo, non più al censimento decennale, ma allo stato anagrafico della popolazione ogni due anni e,

in base anche ai dati dell'Istituto di statistica, adeguare così la pianta organica, in modo da stabilire l'apertura di nuove farmacie nelle zone ove sorgano nuovi quartieri. Sarebbe anche opportuno, possibilmente, fare «slittare» le farmacie del centro verso la periferia.

Si tratta di provvidenze che sottopongo alla vostra attenzione, onorevoli colleghi, perché le ritengo atte a migliorare il servizio farmaceutico. Non si pensi però di sconvolgere radicalmente il sistema, perché andremmo incontro a situazioni di incertezza, compromettendo tutta una tradizione che ha sempre dato risultati lodevoli.

Oggi comunemente la funzione del farmacista viene limitata alla semplice interpretazione delle ricette mediche ed alla fornitura dei medicinali. Ma non è questa la funzione del farmacista. Dallo stuolo dei farmacisti sono usciti nel passato i migliori chimici, da Lavoisier a Pellettier; nel campo industriale, sono numerosissimi oggi i farmacisti che hanno creato grandi impianti industriali: da Zambelletti a Bracco, da De Angeli ad Alecce; abbiamo poi società come la «Squibb», la Carlo Erba, la Schiapparelli.

Ogni volta che si parla di industria farmaceutica sembra indispensabile che l'attenzione si appunti sull'elemento economico, come se questo fosse, tra i compiti del dicastero della sanità e tra gli elementi della produzione farmaceutica, il più importante. Con siffatta impostazione si compiono indubbiamente errori di prospettiva, perché quello di attribuire un prezzo equo ai prodotti medicinali all'atto della registrazione dei costi è solo uno degli elementi che il dicastero della sanità deve curare. È indispensabile che non vengano sottovalutate le altre caratteristiche tecnico-scientifiche del medicamento italiano e che non si dimentichi che l'industria produttrice del nostro paese è classificata dagli stessi tecnici stranieri al quarto o quinto posto nel mondo. Ciò, a parte ogni critica che si voglia fare, costituisce un grandissimo merito di quest'industria, che così concorre al benessere sanitario della popolazione, che consegue direttamente dall'immissione al consumo di medicinali di ottima qualità, sempre rigorosamente aggiornati con i meravigliosi progressi della terapia moderna.

Stabilito che, senza possibilità di contestazione e senza che eventuali modeste eccezioni possano inframare la regola, abbiamo in Italia un'industria farmaceutica ad altissimo livello, dobbiamo vedere se risponda al vero

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

la polemica che viene fatta sui prezzi dei medicinali.

Ricordo che in Commissione l'onorevole Anderlini — il quale forse avrà ripresentato in aula i suoi ordini del giorno intelligentemente non accolti dal ministro — parlava dei prezzi « scandalosi » dei nostri prodotti medicinali. Mi piace riportare testualmente le parole dell'onorevole Anderlini: « Un caso che mi pare di una gravità eccezionale è quello dell'anatola, di cui si è recentemente occupata la stampa con una serie di inchieste e di indagini. L'anatola è un medicinale che viene venduto in scatole da 25 fiale dalla *Parke Davis* di Roma. Stando al risultato di alcune analisi, il prezzo di questo medicinale dovrebbe aggirarsi sulle 450 lire circa, così suddivise: 132 lire il costo, 100 lire la confezione e 200 lire tra manodopera e spese generali. Col sistema del moltiplicatore dovremmo arrivare ad un prezzo aggirantesi sulle 1500-2000 lire la scatola da 25 fiale. Invece una scatola viene venduta a 14 mila lire. Ma il punto è un altro. La stessa ditta chiese di registrare un'altra confezione da dieci fiale, proponendo il prezzo di 6 mila lire. La commissione prezzi, dopo lunghe discussioni, stabilì il prezzo di 500 lire, in modo che oggi si verifica l'assurdo che 25 fiale continuano a vendersi a 14 mila lire, mentre 6 fiale sono vendute a 500 lire ! ».

Ricordo che il ministro fece la giusta osservazione che se ciò fosse vero basterebbe comprare 3 scatole da 10 fiale anziché una da 25. La realtà è un'altra ed è che questo è tutto falso, perché, come ho potuto apprendere dalla *Parke Davis*, l'anatola non è prodotta in Italia. Il costo di 14 mila lire di questa specialità è in relazione alle *royalties* che si devono pagare. Avendo essa incontrato il favore dei medici, la *Parke Davis*, pensò di fabbricarla anche in Italia e chiese la registrazione del prodotto. È vero che la commissione prezzi abbassò il prezzo a quella cifra, ma siccome la ditta non poteva praticarlo per le *royalties* non ha prodotto mai la confezione da 10 fiale; non esiste pertanto l'anatola tra le specialità italiane.

Ora come si fa a fare affermazioni di questo genere, a denunciare forme così scandalose di speculazioni quand'esse in realtà non sussistono ?

MONTANARI OTELLO, *Relatore di minoranza*. Non solo queste, ma tante altre ben più scandalose.

DELFINO. Siccome ella di scandali è molto facile a parlare, adesso le citerò i prezzi dei medicinali nell'anteguerra e di oggi, riportati al costo della vita, e vedremo dove

stanno questi scandali. Perché credo che sia soprattutto scandaloso fare delle affermazioni avventate.

MONTANARI OTELLO, *Relatore di minoranza*. È inutile questa difesa: non cambia la realtà dei fatti.

DELFINO. Ho sentito in Commissione un collega esporre un fatto a suo dire scandaloso ed ho voluto appurarne la fondatezza. Ho accertato che la denuncia non corrispondeva a verità e pertanto desidero che negli atti parlamentari risulti che quanto ha detto il collega Anderlini non è vero.

Ecco ora riportati i prezzi di alcune specialità medicinali raffrontati anteguerra ed oggi: aspirina 1,10 = 34, cibalgina 1 = 39, veramon 1,25 = 39, rim 1 = 39, insulina 24,80 = 530, antispasmina colica 14 = 410, atofan 7,70 = 165, cebion 11,60 = 220, citrosodina compresse 10 = 250, citrosodina granulare 10 = 320, coramina 14 = 400.

In genere possiamo dire che l'aumento del prezzo dei medicinali in Italia dall'anteguerra ad oggi sia di 30 volte, mentre quello del costo della vita è per lo meno di 65 volte.

MONTANARI OTELLO, *Relatore di minoranza*. Raddoppi !

DELFINO. Io ho citato dei dati: se sono falsi, dimostratele; se sono veri, portate altri esempi. Si fa continuamente polemica sui prezzi dei medicinali, sull'industria farmaceutica, si scrivono articoli con titoli vistosi su *Vie nuove*, sull'*Unità*, su *Paese sera*, si parla di « mercanti della salute »: se tutto quanto voi affermate è vero, dimostratele.

MONTANARI OTELLO, *Relatore di minoranza*. Non « mercanti della salute », ma vampiri della salute.

DELFINO. Aggiungo anche, giacché mi si definisce « amico degli industriali », qualcosa a proposito di un altro settore, quello delle frodi olearie. In seno alla Commissione igiene e sanità, in sede referente, sono stato uno dei pochissimi a votare contro la legge secondo cui l'olio esterificato non è commestibile. Quando il provvedimento sarà discusso in aula porterò alcune copie di *Paese sera* successive a questa decisione della Commissione igiene e sanità secondo cui quest'olio non è commestibile, con una pagina di *reclame* dell'olio esterificato, in cui si dice che tale olio è buono.

MONTANARI OTELLO, *Relatore di minoranza*. Che c'entra questo ?

DELFINO. Questi sono i fatti: siccome sono stato offeso in questo senso, siccome io sarei « amico degli industriali », vediamo allora se gli industriali fanno la loro pubblicità su

Paese sera oppure sul giornale che... io non ho.

Ma il problema dell'industria farmaceutica, dicevo, non dobbiamo limitarlo solo al settore dei prezzi dei medicinali; dobbiamo anche preoccuparci di mantenere la posizione di preminenza di cui ora godiamo attraverso l'introduzione del brevetto, se non per il prodotto, almeno per il metodo di fabbricazione. A questo ormai bisogna arrivare. Negli altri paesi del mercato comune europeo questo brevetto già esiste; è urgente introdurlo anche in Italia perché solo in questo modo si potrà eliminare quella pleora di produzione, di specialità mediche che lamentava anche l'onorevole De Maria; solo così, inoltre, si potrà tutelare e potenziare la ricerca, e quindi migliorare le stesse produzioni.

Di questa questione si parla sempre, ma non si arriva mai a definirla. Se ne è discusso anche alla radio, nel « convegno dei cinque », al quale ha partecipato anche l'onorevole De Maria. Anche ella, onorevole ministro, era sostanzialmente d'accordo, sia pure con certi controlli e certi limiti, per esempio quello della tutela dei terzi, ecc.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Ella sa bene che la competenza è del Ministero dell'industria e del commercio. Il ministro della sanità ha già espresso parere favorevole.

DELFINO. Vorrei che la competenza fosse sua, onorevole ministro. Comunque, se dal punto di vista sanitario ella ritiene utile l'introduzione del brevetto, insista perché si arrivi ad una definizione sia pure, ripeto, con tutte le cautele necessarie di cui l'onorevole De Maria ha brillantemente discusso.

DE MARIA. Si tratterebbe di brevettare il procedimento.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Appunto: ciò rappresenterebbe la via intermedia tra il sistema attuale e quello classico.

DELFINO. Auspico anche che tutti i problemi, su cui non mi soffermo per non prendere troppo tempo alla Camera, relativi agli ospedali, alla carriera dei medici ospedalieri — anche noi abbiamo presentato una proposta di legge su questo argomento — alla posizione ed alle funzioni del medico condotto e dell'ufficiale sanitario siano al più presto risolti.

Mi limiterò ora a fare alcune osservazioni sul problema delle malattie sociali. Nella relazione, per altro sotto molti aspetti pregevole, dell'onorevole Colleselli, ha suscitato in noi una certa perplessità il modo con cui si affronta questo problema. Le malattie sociali sono quelle la cui diffusione e le

cui dolorose conseguenze nella collettività nazionale impongono allo Stato, e per esso al Ministero della sanità, un impegno di lotta più che in ogni altro settore sanitario. E quando dalle lodevoli premesse si passa all'analisi delle specifiche malattie sociali, leggendo la relazione non si può rimanere soddisfatti per almeno due di esse: tumori e malattie veneree, per non parlare della tubercolosi che, se più facilmente curabile oggi con la terapia streptomycinica ed isonicotinica, resta sempre una malattia sociale da lottare innanzi tutto con la prevenzione. Per questo avremmo voluto sapere qualche cosa di più sulla opportunità o meno, sui risultati, sulle prospettive, sulla utilità di introdurre massivamente la vaccinazione.

Per la lotta contro i tumori, il relatore avverte che lo stanziamento di un miliardo e 520 milioni è insufficiente a potenziare le varie istituzioni. Proprio per questa constatazione avremmo voluto che la relazione avesse posto l'accento sulla necessità di un disegno di legge per una disciplina delle varie istituzioni, per un potenziamento dei centri provinciali diagnostici, per lo stanziamento di fondi adeguati per la lotta di quella che è oggi la più grave malattia sociale, le cui irreparabili conseguenze credo non vi sia purtroppo famiglia italiana che non abbia dovuto dolorosamente subire.

Lo scorso anno un mio ordine del giorno in tal senso fu accolto dal Governo. Rinnoviamo oggi al Governo l'invito di presentare un apposito disegno di legge per la lotta contro i tumori.

Veniamo alle malattie veneree. In Commissione il relatore ci presentò ed illustrò uno schema di relazione, un canovaccio che poi ha sviluppato nella relazione che accompagna il bilancio di previsione. In quello schema si parlava dell'articolo 5 della legge 20 febbraio 1958. Nella relazione non solo non si prospetta la necessità di modificare quell'articolo, ma dopo non aver potuto negare che i dati statistici evidenziano una accresciuta incidenza della lue, il relatore si preoccupa non già di porvi riparo, ma di non offendere la Costituzione con norme di polizia.

Quella della libertà, dei diritti dell'uomo, della dignità, è una bandiera troppo ipocritamente o a sproposito sventolata ogni volta che si parla di questo argomento. Anche perché un diritto sociale che interessi tutta la collettività può limitare il singolo nel godimento dei suoi diritti. E quando l'articolo 32 della Costituzione impegna la Repubblica a

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

tutelare la salute come fondamentale diritto del cittadino e interesse della collettività, e l'articolo 31 sancisce che la Repubblica protegge la gioventù, diventa colpevole e delittuoso non adottare le disposizioni necessarie o non modificare le leggi pericolose.

Che alcuni articoli della legge 20 febbraio 1958 costituissero un pericolo fu riconosciuto anche dal Governo all'atto dell'approvazione della legge, e proprio l'onorevole Mazza (seduta del 28 gennaio 1958), allora alto commissario aggiunto per la sanità, criticò gli articoli 5 e 7 della legge ed espresse la necessità di ulteriori atti legislativi.

MAZZA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Tale era allora, e lo è tuttora, il mio convincimento; ma l'Assemblea fu di diverso avviso.

DELFINO. Mi fa piacere che sia ancora della stessa opinione, anche perché due anni di applicazione della legge, il dilagare della prostituzione, l'aumento delle malattie veneree, il diffondersi dei fenomeni di inversione sessuale esaltati quando non anche praticati da scrittori alla moda, avrebbero semmai dovuto consigliare di porre un freno, un rimedio al precipitare della situazione.

Lo scorso anno, parlando sul bilancio della sanità, mi trovai isolato nel sostenere la necessità di modificare la legge 20 febbraio 1958. Quest'anno anche colleghi di altri settori hanno formulato la medesima richiesta. Ma l'aspetto decisamente paradossale della situazione è l'atteggiamento assunto in merito — come ho già detto — dal relatore, non so fino a qual punto ispirato dal Ministero della sanità, che dell'argomento pare preferisca non parlare.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Per rispettare la procedura parlamentare. Io parlo dopo, non prima.

DELFINO. Mi riferivo anche allo scorso anno.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. I dati che ho fornito lo scorso anno all'Assemblea erano incompleti per l'impossibilità di averli precisi.

DELFINO. Il relatore dello scorso anno sul bilancio dell'interno denunciò i pericoli della legge 20 febbraio 1958; il relatore del Senato sul bilancio della giustizia di questo anno li ha confermati ed aggravati; il Ministero dell'interno, attraverso la risposta data dall'onorevole Scalfaro qualche mese fa ad un'interrogazione, ha espresso il parere che si debbano modificare gli articoli 5 e 7 della legge, e l'onorevole Spataro l'ha confermato recentemente in Senato. Il relatore al bi-

lancio che stiamo discutendo non ha ritenuto però di prenderne atto.

Solo una scusante potrebbe esservi per il Ministero della sanità: quella cioè dell'intenzione di risolvere il problema in sede di emanazione del regolamento della legge 25 luglio 1956, n. 837, sulla profilassi delle malattie veneree. Ma, se questo non fosse tecnicamente possibile o legislativamente corretto, non resterebbe che approvare la proposta di legge da noi presentata o uno specifico disegno di legge governativo.

Il relatore afferma a questo proposito che « pur rappresentando la prostituzione una delle cause principali della diffusione delle malattie veneree, queste malattie vanno combattute, come tutte le altre malattie diffusive e contagiose, in base al criterio epidemiologico e profilattico, e non in forza di norme di polizia contrastanti con la Costituzione italiana ». Ma non si accorge il relatore che l'articolo 5 della legge 20 febbraio 1958 contrasta con tutta la legislazione sulle malattie contagiose con una evasione al testo unico del 1934 e una mortificazione della legge del 1956, come ha ricordato il collega Ferrari? Forse l'onorevole De Maria non è d'accordo. . .

DE MARIA. Non sono d'accordo e chiarisco il mio pensiero. Non si tratta di modificare la legge del 1958, ma di applicare integralmente la legge del 1956 sulla profilassi delle malattie veneree. Il relatore, intelligentemente, dice proprio questo all'ultimo capoverso del capitolo primo della relazione.

DELFINO. Spero che la questione possa essere risolta in sede di elaborazione del regolamento della legge del 1956.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Il Consiglio di Stato ha già espresso il suo parere sul regolamento: perciò, esso sarà presentato prossimamente al Consiglio dei ministri.

DELFINO. Combattere le malattie veneree — afferma il relatore — come tutte le altre malattie contagiose, in base al criterio epidemiologico e profilattico. Ma uno dei pilastri della epidemiologia e della profilassi è la denuncia obbligatoria di tali malattie; ed a tal fine il medico è sollevato dal vincolo del segreto professionale. Il medico deve provvedere alla denuncia obbligatoria per una delle malattie infettive indicate nell'articolo 253 del testo unico del 1934 quando si tratti di personale addetto alle vaccherie, alla manipolazione e vendita di prodotti alimentari e di bevande, agli alberghi, ai pubblici esercizi, ai servizi domestici, ecc. E l'articolo 6 della legge del 1956 consente all'autorità sanitaria di ordinare, nei confronti delle per-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

sone affette da malattie veneree che lavorino « in un opificio o in un esercizio pubblico », la spedalizzazione coercitiva, se il malato rifiuta di sottoporsi alle cure, al fine di « evitare la diffusione della malattia ».

La legge 20 febbraio 1958 ha sovvertito questi principi profilattici, dando alle prostitute il diritto alla immunità venerea. Prima di tale legge vi era l'obbligo di denuncia nominativa e circostanziata del malato venereo. Oggi non si sono aperte sole le finestre delle case chiuse, ma si è purtroppo aperta la strada all'aumento della prostituzione e alla diffusione delle malattie veneree.

MERLIN ANGELINA. Anche dalle case aperte vengono le prostitute !

DELFINO. È così. Ricordo che la relazione al bilancio dell'interno dello scorso anno affermò che « la maggior libertà concessa dalla legge ha indotto alla prostituzione numerose persone che, già inclini ai facili guadagni, hanno ora trovato una facile via per realizzarli ».

DE MARIA. Questo è un ragionamento a rovescio ! È come dire che, siccome facciamo una legge contro il furto, aumentano i ladri !

DELFINO. Ma il relatore dello scorso anno è talmente qualificato che per la seconda volta è stato fatto sottosegretario. Ora, se egli ha espresso questi pareri, che gli sono stati forniti, forse, dall'amministrazione del Ministero dell'interno...

DE MARIA. Il suo ragionamento non regge. Trattati il lato tecnico della questione !

DELFINO. Io sto citando la relazione al bilancio dell'interno dello scorso anno; se la prenda quindi con il suo collega che ha detto queste cose.

DE MARIA. Parli della sanità, non del bilancio dell'interno !

DELFINO. Il relatore rilevò il fallimento della rieducazione delle prostitute e denunciò l'aumento della diffusione delle malattie celtiche, aumento che in base alle ultime statistiche tende ad incrementarsi.

Non starò a tediarvi con il ripetervi i dati letti dall'onorevole Ferrari, che documentano in un anno l'incremento del 53 per cento della lue, senza contare tutte le evasioni e le difficoltà di accertamento. Oltre i dati statistici, vi è l'affermazione fatta ieri dall'onorevole Chiarolanza, presidente dell'Ordine nazionale dei medici, che, per il suo alto posto di responsabilità, non avrebbe fatto senza motivo una dichiarazione così grave.

Devo chiedermi invece cosa si aspetta a porre un rimedio. Il tentativo di spostare il problema dal piano sanitario a quello morale

o addirittura dell'impegno internazionale non è accettabile. Sia perché, come è scritto nella relazione alla nostra proposta di legge n. 1386 e come ha ribadito l'onorevole Ferrari, solo sei nazioni hanno ratificato la convenzione dell'O. N. U. e cinque di esse la violano e molte delle altre che vi aderirono non la rispettano; sia perché in tempi in cui da Lumumba a De Gaulle si esprimono sull'O. N. U. certi giudizi, e certi campioni del progressismo come Fidel Castro strappano in piazza i trattati internazionali, il rivendicato documento della commissione dell'O. N. U. per le questioni sociali non ci sembra un ostacolo serio ed insuperabile per risolvere il problema nell'interesse della salute pubblica, della moralità nazionale, della tutela della integrità fisica e morale delle nuove generazioni.

Il Presidente del Consiglio, nel suo discorso di presentazione alle Camere, ha posto una particolare attenzione ai problemi della gioventù. Non sappiamo ancora di cosa si tratti; ma è indubbio che il problema dell'educazione e della moralità nazionale è il primo dei problemi che interessa la nostra gioventù.

DE MARIA. Ed ella vuol risolvere questo problema riaprendo le case chiuse !

MERLIN ANGELINA. L'educazione dei giovani vuol farla nelle case chiuse ?

DE MARIA. Se ella tiene alla dignità del nostro paese, onorevole Delfino, dovrebbe collaborare con noi, e non fare certe affermazioni.

DELFINO. Non posso accettare il suo sorriso di sufficienza, anche se ella è stato sottosegretario alla sanità ed è medico illustre.

DE MARIA. Io dico solo che si tratta di salvare la dignità dell'Italia come paese civile !

DELFINO. Bella dignità quella che si vede per le strade di Roma ! Non è che si voglia riaprire le case chiuse, ma si vuol porre un freno alla prostituzione dilagante. Ma questi sono problemi che voi non sentite e di cui non vi importa niente.

Come possiamo educare la gioventù in questa Italia, in cui fureggia la vita violenta ed invertita di Pasolini, in cui si presenta al *festival* di Venezia la prostituzione di *Adua e le sue compagne*, in questa Italia delle « *babies-squillo* » e delle « *nonne squillo* », dei circoli per soli uomini e della corruzione organizzata dei minorenni ? In questa Italia infettata di passeggiatrici e di crociati del terzo sesso ? Volete questa Italia ?

Non è possibile che si consenta alle donne di girovagare tranquillamente per le strade

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

convinte di avere una legge che le protegga. Esistono, al riguardo, precise denunce da parte del ministro dell'interno, del relatore al bilancio dell'interno dello scorso anno e di autorevoli parlamentari dello stesso partito di maggioranza, quali il senatore Cornaggia Medici e l'onorevole Giovanni Ferrari, che ha parlato proprio stamani in quest'aula.

Il problema quindi deve seriamente preoccupare uomini politici responsabili i quali, se lo trascurassero, verrebbero meno al loro dovere di difendere la salute pubblica, con conseguenti pericoli per la nostra razza e la nostra stessa civiltà. Vi è quindi ben poco da sorridere e molto invece da pensare e da provvedere. Percorra l'onorevole De Maria le strade di Roma e si renderà conto di quello che è diventata la capitale e, in generale, l'Italia. Si rechi negli alberghi e si accorgerà che essi sono praticamente diventati case di tolleranza autorizzate. (*Proteste al centro e a sinistra*).

MERLIN ANGELINA. Si informi, onorevole Delfino, di quanto è accaduto ad una festa svoltasi a Grottaferrata e alla quale ha partecipato la *haute* di Roma. Quelle sono le vere prostitute!

DELFINO. In ogni modo bisogna porre un freno al dilagare dell'immoralità. Noi non possiamo tollerare che al *festival* di Venezia l'Italia sia rappresentata dal film *Adua e le sue compagne*, che presenterà di fronte all'opinione pubblica internazionale un quadro dell'Italia che noi non possiamo accettare. In questo modo non si serve certamente la causa della nostra civiltà.

MERLIN ANGELINA. Ella non ha compreso, onorevole Delfino, lo spirito che anima quel film.

DELFINO. A tutto questo occorre porre rimedio; e se per moralizzare il paese è necessario fare un po' di pulizia, agisca il Ministero della sanità per la parte di sua competenza e faccia modificare gli articoli di questa legge. (*Applausi a destra*).

DE MARIA. La salute pubblica, onorevole Delfino, non si difende legalizzando l'immoralità!

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Bruno Romano. Ne ha facoltà.

ROMANO BRUNO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, nell'iniziare questo mio intervento sull'organizzazione sanitaria mi sembra quanto mai opportuno fare riferimento alla autorevole relazione degli onorevoli Ferrari e Quintieri, presentata in occasione della discussione del primo bilancio di previsione del Mi-

nistero della sanità, istituito, come è noto, con legge 13 marzo 1958, n. 296.

Nella premessa a quella relazione, e precisamente alla pagina 3, i relatori ponevano le basi di un'ampia ma ben precisa trattazione indicando i problemi più importanti per i quali ricorreva la competenza primaria e si imponeva l'azione del neo-costituito ministero.

Questi punti erano i seguenti: « 1°) il problema ospedaliero, con particolare riferimento al servizio ed attrezzature sanitarie ed allo stato giuridico del personale; 2°) la disciplina della produzione e vendita dei prodotti farmaceutici; 3°) la disciplina delle farmacie (che dovrà essere realizzata dopo uno studio organico ed accurato in modo da sanare le deficienze ed eliminare gli eccessi della concorrenza, con quei criteri che saranno ritenuti equi anche in rapporto ai numerosi casi che attendono una sistemazione secondo giustizia); 4°) le malattie sociali (reumatiche, cardiovascolari, cancro, tubercolosi, malattie veneree e luetiche, lebbra, ecc.); 5°) l'assistenza sanitaria scolastica; 6°) il controllo sulla produzione, conservazione e commercio degli alimenti e delle bevande, ivi compresi gli additivi chimici negli alimenti (di concerto, se del caso, con la Commissione dell'industria e commercio); 7°) l'assistenza ai malati di mente ed alle forme similari, specie quelle più facilmente recuperabili (caratteriali, asociali, tardivi mentali, ecc.); ciò evidentemente non per mortificare, ma per collaborare a quella fioritura di iniziative che gli enti locali vanno istaurando da vari anni; 8°) l'assistenza agli enti sottoposti alla vigilanza e tutela del Ministero della sanità (C.R.I., O.N.M.I., Lega contro i tumori, Federazione nazionale per la lotta contro la poliomielite, Istituto vaccinogeno antitubercolare, e via dicendo) ». Si aggiungeva poi alla pagina 4 della relazione che « il Ministero non ha solo un compito di gestione ma deve, in questa fase, assumere una funzione di iniziativa legislativa e Dio sa quali e quanti problemi dovranno in avvenire essere affrontati oltre quelli che saranno trattati dai relatori ».

Questo richiamo iniziale di fondamentali postulati, sui quali i colleghi di ogni parte politica dovettero concordare è, a mio avviso, essenziale perché oggi, a distanza di 14 mesi, si possa fare il punto della situazione ed affermare, con scoraggiante realismo, che, purtroppo, nessuno di quei problemi è stato seriamente affrontato, che nessun passo avanti è stato compiuto in materia di politica sanitaria e che l'attività del nuovo Ministero, pur

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

sollecitato dal Parlamento ad una azione dinamica e coraggiosa di direzione, di coordinamento, di impostazione risolutiva, anche se graduale — come è ovvio — dei più rilevanti e preoccupanti problemi sanitari della nazione, è rimasta viceversa imprigionata nella palude dell'ordinaria amministrazione, ovvero in quella superata e insufficiente mentalità amministrativa che presiedeva agli schemi dell'A.C.I.S., che presiede tuttora, come una intollerabile cappa di piombo, alle funzioni e alle iniziative del Ministero stesso.

Mi si obietterà subito che la legge n. 296, limitando il respiro di queste funzioni, di queste iniziative e quindi la dinamica del nuovo Ministero (che è rappresentato nella legge stessa non come responsabile primario, bensì come corresponsabile, in cogestione cioè con una decina di altri ministeri, della salute pubblica e dell'assistenza sanitaria a carattere sociale) reca in se stessa le accuse di questa impossibilità direzionale, coordinatrice, risolutiva dei fondamentali problemi sanitari e nazionali.

Ma a tale proposito devo ancora rifarmi alla discussione del bilancio 1959-60 e richiamare alla memoria del Governo e degli onorevoli colleghi l'ordine del giorno proposto proprio dagli onorevoli Quintieri e Ferrari Giovanni, riportato a pagina 31 della relazione di quel bilancio e approvato all'unanimità dalla XIV Commissione, il quale recita: « La Camera, considerato che la legge 13 marzo 1958, n. 296, istitutiva del Ministero della sanità, lascia sussistere incertezze di interpretazioni sui poteri attribuiti ai vari organi dell'amministrazione statale, centrale e periferica, che sono nocive alla piena funzionalità del nuovo dicastero e delle autorità ed istituzioni sanitarie, fa voti a che il Governo provveda al più presto ad eliminare le predette incertezze, se necessario anche mediante la presentazione di un apposito disegno di legge ».

Mi è sembrato pertanto strano che ella, onorevole ministro, sollecitato quest'anno in Commissione da chi le parla e da altri colleghi ad adottare iniziative tendenti a modificare questo vizio originario di competenze legato alla legge istitutiva, abbia dichiarato che di fronte ad una legge come la n. 296, approvata soltanto da due anni dal Parlamento, le sembra ora più opportuna, per le modifiche, l'iniziativa parlamentare anziché quella governativa.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Non mi meraviglia quanto ella dice. Certamente ci vuole una certa padronanza del diritto pub-

blico italiano per sapere che in questo campo non è indispensabile l'iniziativa del Ministero della sanità.

ROMANO BRUNO. Il Governo ha le sue responsabilità, né può declinarle, per queste carenze che sono anche in relazione a difetto di dinamismo e di azione.

Non vorrei, onorevole ministro, che questo suo atteggiamento nascondesse una confessione di impossibilità, di incapacità a corrispondere al peso enorme delle responsabilità di Governo che da oltre un anno gravano su di lei, o quanto meno di impossibilità ad adottare iniziative che certamente ella — autore di quesiti alla Presidenza del Consiglio perché a sua volta ne investisse il Consiglio di Stato — ritiene necessarie ed urgenti.

I chiarimenti addotti, infatti, a seguito dei quesiti sollevati, se da un lato recano un primo indispensabile spiraglio di luce ai movimenti del Ministero, dall'altro (e non poteva essere diversamente) non infrangono quelle barriere erette dalla legge n. 296 che, specie per quanto riguarda l'immane complesso dell'assistenza mutualistica che investe direttamente la salute di circa 37 milioni di cittadini italiani, rendono totalmente nulla l'azione del Ministero della sanità. Ma poiché il ministro ha addossato al Parlamento — e questo non gli conferisce davvero titolo di coraggio e di merito — la responsabilità di adottare iniziative per modificare la legge istitutiva del Ministero, nel senso di conseguire la concentrazione delle competenze e l'unicità di giurisdizione in materia di politica, di vigilanza, di azione sanitaria, come è auspicato all'unanimità da tutte le parti politiche, mi permetto di annunziare che questa iniziativa sarà presa quanto prima, nella convinzione che di fronte alla carenza e all'apatia governativa soltanto il Parlamento potrà imporre...

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Il ministro della sanità, anche in sede di Consiglio dei ministri, non può prendere l'iniziativa di un tale disegno di legge, proprio per i limiti che gli sono posti.

ROMANO BRUNO. Ne prendo nuovamente atto.

Stavo dicendo che soltanto il Parlamento potrà imporre, con il concorso di tutti gli uomini di buona fede e di buona volontà, la ragione e la logica agli interessati costruttori di ostacoli e di impedimenti deleteri, i quali sono finora riusciti a evitare che, nel settore della salute pubblica, l'Italia diventi un paese civile, con una classe dirigente qualificata responsabile, che possa formulare e realizzare

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

finalmente un vero e proprio piano della salute.

Ma, onorevole ministro, non si tratta soltanto di modificare la legge istitutiva nel senso descritto. Anche con la legge attuale, infatti, ci saremmo attesi, dopo l'esauriente e, per taluni aspetti di solidarietà extra-partitica, veramente elevata discussione intervenuta sul precedente bilancio, che almeno nell'impostazione di questo bilancio, di cui ella soltanto porta la responsabilità per la continuità dell'incarico governativo che ha ricoperto, si fosse aderito alle risultanze unanimi di quella discussione, da lei stesso accettate, ed avesse presentato sul triplice, essenziale schema della medicina preventiva, della medicina curativa e della medicina di recupero un piano di investimenti — pur nei limiti delle attuali modestissime disponibilità — che avesse potuto rassicurarci circa i nuovi razionali orientamenti del Ministero e farci quindi ritenere che i nostri contributi e le nostre proposte avessero ottenuto il privilegio di un'adeguata considerazione.

Invece ella ci presenta un bilancio senz'anima, ed è senz'anima purtroppo questo anno, a differenza dell'anno passato (me lo consenta l'onorevole Colleselli) la relazione, pur distinta, pregevole ed elaborata, che accompagna il bilancio stesso. Ma se merito riconoscemmo tutti, l'anno scorso, agli onorevoli Ferrari e Quintieri per il coraggio e la passione messa per elaborare una diagnosi che essi stessi definirono severa, non possiamo tuttavia lealmente (ripeto quanto dichiarai in Commissione) far torto all'onorevole Colleselli attribuendogli una depressione soltanto soggettiva, personale, perché tale depressione e tale scoraggiamento, purtroppo, serpeggiano in tutti noi, di fronte alla prova grave di insensibilità che il Governo ci ha fornito con la presentazione di questo arido, « acisiano » — se mi è consentito un neologismo — stato di previsione.

Quello che ancora ieri poteva trovare qualche attenuante, oggi non ne ha alcuna. E ci duole sinceramente doverlo constatare e dichiarare. E ormai necessario e urgente infrangere il muro dell'immobilismo. Sono d'accordo con l'onorevole Angelini, relatore di minoranza: occorre finalmente dare esatta interpretazione ed attuazione alla Costituzione. Posso non concordare con lui circa gli schemi ultimi con i quali egli pensa di interpretare ed attuare la Carta costituzionale; sarà, questa, materia di discussione approfondita per la ricerca delle soluzioni più efficaci. Ma indubbiamente il tempo delle chiacchiere

e delle vane promesse ha trovato il suo limite nella realtà dei fatti e dei problemi che sono sul tappeto, in uno stato spesso caotico, e che esigono le più urgenti soluzioni.

Di fronte a queste considerazioni circa l'assoluta mancanza di una decente impostazione di politica sanitaria, circa l'apatia manifestata dal Governo e dal ministro, circa l'indecisione ricorrente in ordine a provvedimenti legislativi continuamente annunciati e mai tradotti in appositi disegni di legge, mi sembra superfluo soffermarmi sul risibile aumento complessivo di 8.727 milioni (di cui solo 2.615 destinati agli interventi diretti nel campo della sanità) apportato al bilancio 1960-61. Basterà soltanto considerare gli incrementi di stanziamento introdotti in altri stati di previsione — cui accenna anche il relatore di maggioranza — come per la pubblica istruzione (piano della scuola), per l'agricoltura (piano verde) o per la difesa, per notare lo sfasamento pauroso esistente nel settore dell'amministrazione sanitaria.

Il Governo non ha evidentemente la capacità di intendere che un piano della salute è ormai indispensabile e urgente nel nostro paese.

E ciò mentre da ogni parte si è ripetutamente rilevato che gli interventi diretti soprattutto alla prevenzione delle malattie, e poi alla cura di esse ed infine al recupero medico-sociale, rappresentano per un paese civile e responsabilmente diretto gli interventi a più alta produttività. Su 3.500 miliardi del bilancio generale dello Stato per il 1960-1961, sono stati assegnati al Ministero della sanità solo 51 miliardi. Si tratta veramente di briciole. Né vale, a mio avviso, l'osservazione fatta dall'onorevole Lattanzio che in realtà gli stanziamenti sono di molto superiori ai 51 miliardi perché bisogna tener conto di quanto vi è a carico degli stati di previsione degli altri ministeri.

E proprio questa, infatti, la sfasatura di cui tutti ci siamo lamentati: sottraendo al controllo del ministero tecnico, qualificato, l'impiego di ingenti somme di danaro pubblico, si determina una situazione di intollerabile confusionismo e una sicura dispersione di fondi per sovrapposizione di iniziative o addirittura per iniziative irrazionali o non necessarie.

Tutto ciò va a danno di altri settori e di altre iniziative, talune anche a carattere urgente nel quadro della medicina sociale preventiva, che dovrebbero essere adottate e non lo sono, o lo sono in misura insufficiente proprio per la impossibilità di fronteggiarle

da parte del ministero tecnicamente competente.

A che vale, dunque, esaminare dettagliatamente i capitoli di questo bilancio, come ho fatto negli anni passati? Questo è un bilancio che devo respingere in blocco per il vuoto politico sul quale esso è costruito. Dovrei, infatti, ripetermi con noiosa monotonia: affermare che sono insufficienti gli stanziamenti per la lotta contro il cancro e gli altri tumori maligni (anche con i 250 milioni di aumento) perché occorrerebbero diversi miliardi e, soprattutto, strumenti nuovi, adeguati a regolamentare l'organizzazione specializzata dei servizi di lotta contro i tumori, il cui dilagare è impressionante, che devono essere diretti dallo Stato con un potente piano organico, evitando sfasature ed interferenze, talora né idonee né qualificate, come sta avvenendo da parte di taluni istituti mutualistici e come è stato rilevato dall'onorevole Bucalossi.

Ieri l'onorevole De Maria, parlando su questo argomento, ha affermato che il rapporto è di un morto per tumore maligno ogni sei morti e il numero dei casi è enormemente aumentato, tanto che vi sono stati 70 mila decessi nell'ultimo anno per questa causa. Se si pensa che nella tubercolosi la mortalità è del 2,1 e che lo Stato investe nella lotta contro la tubercolosi circa 70 miliardi, mentre per i tumori maligni, in cui la mortalità è del 15,2 per cento, ed è in continuo aumento, investe soltanto un miliardo e mezzo, noi dobbiamo chiederci di fronte a quale prova di insensibilità e di incapacità ci troviamo.

Pertanto, è necessario che il Parlamento adotti provvedimenti urgenti per poter affrontare questa piaga sociale che veramente ha toccato dolorosamente tutte le famiglie italiane. Quindi, occorrono strumenti legislativi perché allo stato delle cose l'unica legislazione esistente per quanto riguarda la protezione dal cancro si riduce all'articolo 336 del testo unico delle leggi sanitarie, che prevede iniziative per l'ampliamento di centri di accertamento diagnostico. E' evidente dunque che tutta la materia necessita di nuovi strumenti legislativi, e questo è stato anche riconosciuto in precedenti discussioni su questo bilancio; anche in Commissione è stata rilevata la carenza di un piano organico, da parte dello Stato, idoneo a fronteggiare energicamente la situazione.

Analogo discorso dovrei ripetere per le malattie cardiovascolari e reumatiche. Nel suo discorso di replica l'anno scorso, l'onorevole ministro dichiarò che non esiste una legislazione che preveda l'intervento diretto

dello Stato nella lotta contro questa malattia e che il Ministero aveva allo studio una legge adeguata. Evidentemente — come per tante altre promesse iniziate — il Ministero sta ancora studiando diligentemente da 14 mesi!

In materia di malattie veneree ed a proposito del regolamento per l'applicazione della legge 25 luglio 1956, n. 837, che può essere la chiave di volta del problema, l'onorevole ministro, sempre nel suo discorso di replica del 1959, dichiarò che poteva dirsi ultimato. E il caso di chiedersi: chi l'ha visto? Oggi l'onorevole ministro ci ha dichiarato che il regolamento è ultimato. Ma sono passati 14 mesi e ancora deve vedere la luce e noi dobbiamo ancora prenderne contezza, esaminarne gli articoli. Eppure siamo quasi tutti convinti che questo regolamento potrà, se non risolvere interamente i problemi di ordine sanitario di cui ci preoccupiamo, almeno contribuire decisamente ad affrontarli.

Che cosa è avvenuto, per esempio, della ventilata trasformazione dei consorzi antitubercolari in consorzi provinciali di medicina preventiva? L'onorevole ministro, infatti, l'anno scorso giunse anche ad annunciare il nome dei trasformandi consorzi antitubercolari. Ma che cosa si è fatto e si pensa di fare? Pur nella regressione manifesta della diffusione della mortalità per tubercolosi, che resta sempre una malattia sociale che dobbiamo fronteggiare con tutte le nostre energie, che cosa si pensa di fare per potenziare ed estendere a tutti i cittadini una completa assistenza antitubercolare, per rendere veramente capillari i servizi di schermografia di massa, che non servono soltanto, come ben sapete, per la diagnosi precoce dei fatti di ordine tubercolare? Che cosa si è fatto e si pensa di fare, sotto l'aspetto ricettivo, per la drammatica assistenza ai malati mentali, il cui numero è sempre crescente, mentre le attrezzature per la cura e il ricovero sono insufficienti fino al punto che un terzo delle province italiane sono prive di ospedali psichiatrici? E ancora allo studio del Ministero, da 14 mesi, la riforma della vigente legislazione di assistenza psichiatrica, come annunciato dall'onorevole ministro nel suo discorso di replica al bilancio 1959-60? Che cosa si è fatto di importante, d'intesa con il Ministero della pubblica istruzione, per incrementare i centri medico-psicopedagogici, le scuole speciali, le classi differenziate per i disadatti psichici? Sono settori che — tranne per l'iniziativa di alcuni enti locali — sono invece dolorosamente trascurati dal Governo. Che cosa si è fatto, che cosa si intende fare per disciplinare la pro-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

duzione e la vendita dei prodotti farmaceutici, mentre assistiamo al continuo dilagare delle specialità (che al 30 giugno 1959 erano ben 12 mila 372 ed il cui costo è sempre più elevato) tanto che spesso siamo investiti dal dubbio che con eccessiva facilità si concedano licenze a preparati i quali non meritano eccessiva fiducia sul piano tecnico-terapeutico? Anche qui il Governo ha avvertito — l'ha detto il ministro — l'esigenza della revisione dell'attuale legislazione, come pure l'ha avvertita per modificare l'attuale disciplina delle farmacie e in particolare per modificare il sistema dei concorsi, rivedere i principi posti a base delle piante organiche, garantire il servizio farmaceutico in ogni comune sprovvisto di farmacia. Ma evidentemente, dopo 14 mesi, dobbiamo constatare che i bisogni avvertiti dal Governo sono, per la maggior parte, al massimo degli stimoli che non riescono a tradursi in realtà. Il disegno di legge presentato al Senato, cui ieri ha fatto cenno l'onorevole ministro, è molto discutibile e affronta solo un aspetto del complesso problema della disciplina delle farmacie. Così siamo ancora in attesa di provvedimenti che non rendano lo Stato irresponsabile nei confronti dell'assistenza sanitaria scolastica, pilastro fondamentale della medicina sociale preventiva, limitandone le funzioni, come ha dichiarato l'onorevole ministro l'anno scorso, a quelle di « largo dispensatore di presidi difensivi per la salute dei fanciulli e dei giovani », (frase, questa, che lascia veramente perplessi coloro i quali ritengono che sia assolutamente indispensabile garantire — e qui la Carta costituzionale va opportunamente richiamata nello spirito e nella lettera — l'assistenza e il controllo medico a ciascun bambino o fanciullo nell'ambito della scuola).

E ancora: quali massicce iniziative, quali risolutivi provvedimenti legislativi sono stati presentati per assicurare ai cittadini la salubrità degli alimenti e delle bevande? Nulla o ben poco: a meno che non si voglia ricordare qualche circolare relativa ai polli ormonizzati ovvero un provvedimento governativo in materia di grassi che portava anche la firma del ministro della sanità e che fu alcuni mesi or sono clamorosamente bocciato alla unanimità dalla XIV Commissione, per essere poi, con prassi veramente singolare, se non erro, ripresentato in Commissione industria ed ivi approvato!

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Il provvedimento non era stato predisposto dal Ministero della sanità.

ROMANO BRUNO. Ma portava la sua firma.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Portava la firma di dieci ministri.

ROMANO BRUNO. Però v'era anche la sua.

E qual'è l'orientamento del Governo per la definitiva sistemazione del problema della condotta medica di cui tanto si discute, che, a mio avviso, va modernizzata, valorizzata, specializzata? Quali iniziative concrete sul piano legislativo, organizzativo e realizzativo sono state prese per potenziare l'assistenza a carico dei minorati fisici per malattie congenite od acquisite, per costruire nuovi centri di recupero fisioterapici, ortopedici, medico-sociali? Che cosa si è fatto per controllare efficacemente gli enti vigilati, in modo che l'erogazione dei contributi, anche ingenti, non raffiguri soltanto una spesa contabilmente registrata da parte dello Stato?

Non si hanno notizie del disegno di legge (anche questo annunciato dal ministro 14 mesi fa) che dovrebbe meglio disciplinare l'organizzazione dell'O.N.M.I. e la relativa vigilanza da parte dello Stato. Nulla dice, e forse nulla pensa, il Ministero circa i problemi importantissimi della ricerca scientifica, della scuola medica italiana, della pletera medica, problemi per i quali è certamente in gioco anche la competenza di un ministro della sanità. Nulla dice per quanto riguarda le attività assistenziali degli enti locali; attività che sono appena teoricamente vigilate, mentre le iniziative sono lasciate alla sensibilità dei comuni e delle province.

Il settore nel quale però si è raggiunta, con una scrollata di spalle, la vetta dell'assenteismo è quello della assistenza sanitaria mutualistica. Qui la pluralità degli enti, la caotica diversità delle leggi e leggine istitutive (sono circa 260!), l'incredibile diversità di qualificazione e di quantità dell'assistenza erogata, le gravi agitazioni a carattere permanente che turbano i rapporti tra i medici e gli istituti, l'invadenza tecnica degli istituti stessi, i quali costruiscono, in concorrenza con gli ospedali, poliambulatori in ogni parte d'Italia, perdendo la fisionomia di istituti assicuratori ed assumendo sempre di più quella di istituti gestori dell'assistenza sanitaria, le proteste degli assistiti (circa 37 milioni!), i quali ricevono in genere — nonostante i sacrifici della classe medica — un'assistenza non adeguata alle loro necessità: tutta questa babelica, incredibile e fallimentare situazione, che minaccia di far naufragare nel ridicolo, e purtroppo nel tragico per

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

quanto si riferisce alla salute degli assistiti, l'intero sistema di sicurezza sociale che crediamo di aver istituito nel nostro paese, non interessa l'olimpico Ministero della sanità, perché nella legge n. 296 la competenza del controllo sugli istituti mutualistici è riservata al Ministero del lavoro, il quale non può e non sa esercitarlo sul piano tecnico, come è perfettamente ovvio.

Quali idee ha dunque il ministro, quali indirizzi segue questo Governo (ed il programma dell'onorevole Fanfani tace completamente su tutti i problemi dell'amministrazione sanitaria) per la tanto invocata riforma del settore mutualistico? Ufficialmente finora il silenzio è stato sepolcrale.

Infine, *dulcis in fundo*, il settore ospedaliero. Qui gli impegni del ministro non si contano più, ma...

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Ella dimentica i tre mesi di inattività, perché il Governo era dimissionario. Complessivamente, sui sei mesi di governo, ben tre sono stati di completa inattività.

ROMANO BRUNO. Le do atto di questo, e non me ne dimentico.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Però tace la verità.

ROMANO BRUNO. Niente affatto.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Presenti allora una proposta di legge mirante a trasferire al Ministero della sanità le competenze del Ministero del lavoro in questo campo. Agisca, invece di criticare!

ROMANO BRUNO. Aspettavo che me lo ripettesse in questa sede.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Glielo dico ora pubblicamente.

ROMANO BRUNO. Non credo che sarò il solo a prendere questa iniziativa. È un problema da tutti sentito.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Ha perso troppo tempo finora.

ROMANO BRUNO. Meno di quanto ne ha perso lei. Del resto solo qualche settimana fa ella mi ha detto che non vuole prendere l'iniziativa a questo proposito.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Non posso; no, non voglio.

ROMANO BRUNO. Ne prendo nuovamente atto. Dicevo che in questo campo gli impegni del ministro non si contano più. Desidero soltanto riferirmi a quelli ufficiali presi ai congressi della C.I.M.O. e della F.I.A.R.O. nel novembre scorso a Napoli e a Palermo, e ribaditi dall'onorevole ministro alla Camera il 18 novembre 1959 a conclusione del dibattito sulla questione ospedaliera. In

quella circostanza il ministro si impegnava a presentare entro qualche settimana due disegni di legge.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Citi la frase senza alterare le parole.

ROMANO BRUNO. Ella disse: nei primi mesi dell'anno. Veramente, se mi osserva questo, potrei giurare a me stesso che ella disse: entro il prossimo mese di gennaio. Poi nel testo del suo discorso stampato e gentilmente distribuito a tutti gli onorevoli colleghi si parlava dei primi mesi dell'anno. Comunque anche i primi mesi dell'anno mi pare siano passati da un certo tempo.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Ci vuole uno storico per fare la storia!

ROMANO BRUNO. Storico è stato il suo discorso, perché dal febbraio scorso tutti hanno cominciato finalmente a sperare che le sue promesse si traducessero in realtà.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Cos'è avvenuto nei mesi di febbraio, marzo e aprile?

ROMANO BRUNO. La crisi, ma non la allunghi troppo! Siamo al mese di settembre. Sto facendo un fedele riepilogo dei fatti perché il problema ospedaliero è molto importante. Ella stesso, del resto, ce ne ha dato sempre atto.

Il primo dei due disegni di legge che ella si impegnava a presentare riguardava la costruzione di 133 mila nuovi posti-letto (di cui 10 mila specializzati) ospedalieri. Esso sarebbe stato « confortato dal relativo piano finanziario » (circa 300 miliardi!).

Il secondo prevedeva modifiche al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, che regola la funzione degli ospedali, specie in rapporto alla richiesta sistemazione dello stato giuridico e della carriera del personale sanitario.

Esultammo un po' tutti di fronte a queste precise assicurazioni, ma passavano le settimane e poi i mesi e l'1 per cento di posti-letto di Avellino o l'1,2 di Matera continuavano a costituire la tragica realtà presente alla nostra mente e ai nostri occhi, soprattutto di chi come noi ha più diretta conoscenza della situazione dell'Italia meridionale, particolarmente depressa dal punto di vista ospedaliero. La consapevolezza della instabilità nel posto, della insidia dei concorsi spesso prefabbricati, della incertezza di lavoro e di avvenire dei medici ospedalieri — e particolarmente degli aiuti e degli assistenti — si tramutava lentamente, dopo le prime illusioni, in depressione profonda. La situazione organizzativa e soprattutto finanziaria

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

dei nostri ospedali continuava e continua a peggiorare.

Ma il ministro, tra una crisi di Governo e l'altra (diamo atto del tempo perduto per questa ragione), continuava a fornire bonariamente precise assicurazioni.

Nella discussione di questo bilancio, presentavo in Commissione il seguente ordine del giorno: « La Camera, ritenuta urgente ed indilazionabile la necessità di affrontare la situazione ospedaliera nazionale, sia negli aspetti edilizi, sia in quelli funzionali, invita il Governo a tradurre senza indugio in disegni di legge gli impegni presi dal ministro della sanità nella seduta pubblica del 19 dicembre 1959, cioè quelli di predisporre un piano tecnico-finanziario per la costruzione di nuovi ospedali generali e specializzati per complessivi 133 mila posti-letto, e di realizzare le opportune riforme della legge 30 settembre 1938, n. 1631, con particolare riferimento alla esigenza di assicurare l'assetto giuridico ed economico della carriera ed un adeguato trattamento di quiescenza al personale sanitario ed a quello ausiliario di assistenza diretta ».

Questo ordine del giorno veniva accolto parzialmente dal ministro, che dichiarava: « Quanto all'ordine del giorno dell'onorevole Romano Bruno, dichiaro di accettarlo per la parte di mia competenza, atteso che vi è implicito il riconoscimento di una competenza primaria da parte del Ministero dei lavori pubblici. Faccio osservare in ogni modo che il mio dicastero sta lavorando con quello presieduto dal collega onorevole Togni per quanto riguarda la questione dei posti letto ». E il presidente della Commissione soggiungeva: « L'onorevole ministro accetta, quindi, lo spirito dell'ordine del giorno, mentre dichiara di non poterlo accettare relativamente alla cifra dei posti-letto in quanto quest'ultimo problema è attualmente allo studio di intesa con l'onorevole ministro dei lavori pubblici ». Ribadiva poi: « L'onorevole ministro accetta l'ordine del giorno escludendo la precisazione " per complessivi 133 mila posti letto " ». Questo egli dice di non potere accettare in quanto si tratta di un piano che è attualmente allo studio di intesa con l'onorevole ministro dei lavori pubblici e per cui la cifra potrebbe essere maggiore o minore ».

Io credo che, al punto in cui siamo giunti e constatato che non esiste traccia di stanziamento nel bilancio dei lavori pubblici per la costruzione di questi 133 mila posti-letto, noi dovremmo considerare se non sia in tutto

o in gran parte tramontata la possibilità di vedere realizzate queste iniziative e questi impegni presi dal ministro.

GIARDINA, *Ministro della difesa*. Ella non conosce come si formano i bilanci, perché le nuove leggi portano naturalmente la copertura nuova, che non deve essere ricercata nel bilancio dell'esercizio in corso.

ROMANO BRUNO. Non mi sembra il caso di polemizzare a base di cavilli. Ella ci darà dei chiarimenti in sede di replica, e se essi ci convinceranno che vi sono disponibili i 300 miliardi per la creazione dei 133 mila nuovi posti-letto ospedalieri in Italia, nessuno più di me potrà esserne felice.

Anche per il secondo disegno di legge venivano formulate nuove assicurazioni: esso è pronto, è stato presentato al Consiglio dei ministri, ha ottenuto anche l'approvazione degli altri ministeri interessati. Tale disegno di legge accoglie anche le istanze, riconosciute fondamentalmente giuste, dei medici ospedalieri. Però vi è stata una indiscrezione da parte di un organo di stampa medica che ha pubblicato questo schema di disegno di legge; e da esso risulta, se lo schema stesso corrisponde a quello che è stato elaborato negli uffici ministeriali, che tutti i problemi che sono stati sollevati dalla classe medica in sede sindacale, in sede di congresso della C.I.M.O. come pure qui in Parlamento da tutte le parti politiche, non sono stati evidentemente presi nel giusto senso, non sono stati dal Governo tradotti secondo i voti della classe medica ospedaliera, in quantoché il concetto di sistemazione dello stato giuridico dei medici ospedalieri, il concetto di carriera è, in tale schema, completamente trascurato. Le innovazioni apportate sotto questo aspetto si traducono nell'irrisorio e inutile aumento di un anno o due del periodo di permanenza in servizio degli aiuti ed assistenti.

Per quanto riguarda poi i concorsi, la situazione è addirittura peggiorata, perché si parla di concorsi a carattere regionale, praticamente sotto l'egida del Ministero della sanità. Cioè, mentre si chiedeva da parte delle associazioni sindacali che fosse data la competenza di designare senza pastoie più membri agli ordini dei medici provinciali, anche al di fuori dell'ospedale in cui si bandisce il concorso, al fine di garantire una commissione più equanime nei confronti di tutti i candidati, l'accentrare sotto la presidenza di un designato del Ministero della sanità, con quella formula che sarebbe stata preventivata nello schema, in settori regionali l'esple-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

tamento dei concorsi ospedalieri, a mio avviso non fa che peggiorare enormemente la situazione, non fa che mettere i concorsi tecnici nelle mani del potere esecutivo, eliminando totalmente quelle pur minime garanzie che oggi ancora sussistono per i candidati.

Giunto a questo punto, devo chiedere all'onorevole ministro se egli può darci in sede di replica delle assicurazioni veramente precise; perché non si può continuare con questo sistema di dare assicurazioni di cui prendiamo atto con soddisfazione, per poi trovarci, a distanza di mesi o di anni, allo stesso punto di prima.

Indubbiamente queste comunicazioni — e sinceramente sono il primo ad augurarmi che siano positive — ci verranno fatte sullo stato reale della situazione, non già in base ai disegni, agli schemi, agli studi che poi restano sempre su un piano di immobilismo.

Per quanto si riferisce all'ultimo problema che ho trattato, quello dei medici ospedalieri, debbo anche dire che i 12 mila medici ospedalieri italiani sono ormai stanchi di attendere. Quell'accenno che è stato fatto ieri qui dall'onorevole Capua è già un sintomo di quanto bolle in pentola e di quanto può accadere. Non credo che essi attenderanno passivamente che si maturino nuove promesse che poi probabilmente non sarà possibile mantenere, a meno che non venga presa finalmente da parte di tutti con ferma volontà l'iniziativa di portare a soluzione questo grave problema.

Quanto al vuoto pneumatico del bilancio del suo dicastero, che è triste e squallido documento di preoccupante incapacità, non credo che si possa in coscienza esprimere ancora una volta un voto di attesa.

Onorevole ministro, a titolo personale le dichiaro che voterò contro questo bilancio, intendendo con questo voto di elevare, come medico e come deputato, una ferma e sentita protesta contro una mentalità ed un sistema che giudico deleteri per il progresso civile e sociale del popolo italiano.

PRESIDENTE. È iscritta a parlare l'onorevole Angiola Minella Molinari. Ne ha facoltà.

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, vorrei riproporre nel mio intervento un problema su cui già sono intervenuta nella Commissione di sanità: la riforma dell'assistenza alla maternità e all'infanzia. E la ripropongo non già per amore di ripetizione, ma perché allora noi ci sforzammo di sottolineare tutta l'importanza e l'urgenza che la questione

ha assunto nella vita del nostro paese; ci sforzammo di denunciare una serie di carenze gravi, di fondo, che inficiano l'azione pubblica in questo delicato settore dell'assistenza, chiedendo al Governo una risposta precisa ad alcuni grossi problemi di impostazione che sono aperti davanti a noi, chiedendo impegni precisi di azione. La risposta che abbiamo ricevuta, sia nella brevissima replica del ministro all'ordine del giorno presentato in Commissione, sia nella relazione della maggioranza è tuttavia una risposta che non affronta il problema nei termini e con la serietà che noi avevamo richiesto e che, d'altra parte, sono richiesti dalla gravità e dall'urgenza della situazione.

Ci sembra anzitutto inadeguato il punto di vista stesso da cui si parte per affrontare questo problema, almeno da cui si è partiti fino ad oggi. Il problema dell'assistenza alla maternità e all'infanzia non è soltanto il problema dell'O.N.M.I., né soltanto il problema del contributo statale al bilancio dell'O.N.M.I. Se così fosse, l'aumento del contributo previsto nell'attuale bilancio di previsione del Ministero della sanità, da 12 miliardi e mezzo a 15 miliardi, potrebbe essere considerato come una misura risolutiva; mentre sappiamo che non lo è, neppure da un punto di vista strettamente amministrativo perché, pur portando un certo miglioramento, pur alleviando in qualche misura la situazione drammatica dell'ente, il contributo resta pur sempre non solo molto inferiore alle esigenze reali, ma notevolmente inferiore anche alla richiesta di 18 miliardi avanzata dall'ente stesso sulla base del suo bilancio di previsione di ordinaria amministrazione. Per cui noi pensiamo che neppure quest'anno, probabilmente, si eviterà la triste storia delle note di variazione al bilancio decise all'ultimo momento sotto l'incalzare dei bisogni, e, soprattutto, che neppure quest'anno l'ente potrà sfuggire alla grave necessità di dover lesinare sui programmi assistenziali, di dover ridurli ulteriormente per insufficienza di fondi rinunziando a spese alle volte considerate assolutamente urgenti ed indispensabili.

Insistiamo perciò, onorevole ministro, perché il Governo stanzi al più presto per l'O.N.M.I. almeno i 18 miliardi necessari a garantire all'ente un'attività normale. Ma insieme desideriamo sottolineare ancora una volta che il problema della tutela della maternità e dell'infanzia, e, in generale, di tutta l'assistenza non è soltanto quello della quantità dei fondi pubblici da destinare a tale scopo. Il problema è oggi molto più vasto,

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

molto più complesso: è il problema di « come » i fondi pubblici vengono utilizzati e tradotti in effettiva assistenza; è il problema del rapporto tra i bisogni gravi, drammatici in molte zone del nostro paese, tra le esigenze crescenti di una società che si sviluppa ed i risultati sociali che fino ad oggi si sono ottenuti; è il problema degli indirizzi, dei metodi, della struttura dell'assistenza. È il problema della riforma di tutto il sistema assistenziale attuale e quindi anche di ogni suo specifico settore sarebbe meglio dire della creazione di un sistema, perché il problema è proprio questo: creare un sistema organico e moderno che oggi non esiste.

Anche il più superficiale esame della situazione in tutti i settori dell'assistenza, non può, infatti, non indicare come elementi caratteristici la caoticità, l'arretratezza, l'inefficienza regnante, con la conseguente gravissima sproporzione tra il costo dell'assistenza ed il suo effettivo rendimento sociale: con una situazione di carenza generale dei principi dei metodi, degli organismi, innumerevoli volte denunciata in Parlamento da tutti i settori politici che — ripetiamo — più che nel sistema è del sistema e che non si può risolvere se non attraverso una riforma generale degli indirizzi e delle strutture senza la quale anche i tentativi di miglioramento parziale, anche gli sforzi più generosi di persone, di gruppi, di organizzazioni, non possono che restare frustrati.

Questo giudizio, d'altra parte, e particolarmente per quanto riguarda l'assistenza alla maternità e all'infanzia, non è soltanto nostro. Quando il Senato nel 1956 respinse la discussione su un disegno di legge governativo per il riordinamento degli organi dirigenti dell'O.N.M.I., sulla base di un ordine del giorno in cui si diceva che il Senato riteneva « impossibile risolvere il problema parzialmente » ed impegnava il Governo « a presentare al più presto un disegno di legge che affrontasse integralmente il problema dell'assistenza alla maternità e infanzia mediante provvedimenti ed organi che rispondessero nelle forme più democratiche ai bisogni dell'infanzia e del paese »; quando due anni dopo (1958) il ministro Monaldi tentava di ripresentare un similare progetto limitato agli organismi dirigenti dell'O.N.M.I. che fu poi ritirato dal Governo cosciente che la Camera avrebbe assunto la stessa posizione del Senato; quando le associazioni degli enti locali e, prima di tutte, l'Unione delle province italiane dal 1952 pone con insistenza il problema non solo di mettere fine alle gestioni

commissariali dell'O.N.M.I. e di ripristinarne l'ordinaria amministrazione, ma di « unificare tutti i servizi dell'assistenza alla infanzia nella provincia »; quando tutti i più grandi partiti italiani, compresa la democrazia cristiana, nei loro programmi, si sono espressi per un riordinamento di fondo di tutti i settori dell'assistenza sulla base degli enti autarchici territoriali e dei principi della sicurezza sociale, tutto ciò significa che l'esigenza essenziale che il paese sente, il problema che si pone a tutti, che deve essere affrontato e affrontato subito, perché il ritardo è già gravissimo da parte del Governo, è quello della riforma.

Non bastano più piccole misure per cercare di adeguare e rabberciare il sistema attuale in qualche sua parte, particolarmente carente: la carenza è così generale e così di fondo che occorre riformare con coraggio il sistema stesso partendo dall'analisi della vita reale e delle reali esigenze del paese e cercando quegli obiettivi, quegli indirizzi, quelle nuove strutture (anche totalmente nuove, se necessario) che possano permettere di soddisfare queste esigenze.

A nostro avviso, onorevole ministro, non è difficile identificare gli obiettivi essenziali di una moderna assistenza alla maternità ed all'infanzia nel nostro paese e credo che su di essi tutti possiamo essere d'accordo. Un servizio pubblico di assistenza alla maternità ed all'infanzia, collegato con l'applicazione effettiva della legge n. 860 per la tutela delle lavoratrici madri, deve tendere ad una lotta decisa e radicale contro la mortalità infantile e ad una profonda azione di prevenzione sanitaria, igienica, sociale, che garantisca alle nuove generazioni, a coloro che saranno gli uomini di domani, un'armonia, una sanità, un'integrità fisica e psichica che li renda fin dall'inizio della vita più forti per tutta la vita.

Ora, qual è la situazione attuale per quanto riguarda la mortalità infantile in Italia? Noi condividiamo il giudizio, onorevole ministro, serio ed equilibrato da lei espresso due anni fa, allorché disse che, « nonostante l'evidente progresso, dobbiamo riconoscere che in Italia gli indici della mortalità infantile sono ancora considerevoli ».

Certamente, vi è stata una notevole diminuzione delle mortalità infantile in Italia: dal 72 per mille del 1948 siamo scesi al 48,2 dell'anno scorso; ma un progresso notevole è in atto in tutto il mondo, e deriva essenzialmente da fattori obiettivi, dal progresso della medicina, della igiene, della chirurgia, dall'evolu-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

senza neppure possibilità di diretta assistenza ambulatoriale e farmaceutica.

Ancora più grave è l'insufficienza degli altri aspetti sanitari e particolarmente di quelli che si riferiscono alle forme più moderne e specializzate di assistenza. Per citare qualche esempio: i corsi per la preparazione al parto psicofisico promossi dall'O.N.M.I. sono soltanto una cinquantina in tutta Italia; i centri medico-psico-pedagogici, 48; gli asili materni, 17. Si tratta di cifre veramente irrisorie che attestano come il nostro paese in questi settori, stia compiendo ancora i primi passi, non sia uscito dalla fase sperimentale, contrariamente a quanto avviene nei paesi più civili.

Noi riteniamo dunque che si debba compiere uno sforzo notevole di rinnovamento in questa direzione, considerando l'assistenza sanitaria alla maternità ed all'infanzia compito non di semplice consulenza generica, ma di vera, qualificata e, al massimo possibile, specializzata assistenza, da estendersi anche ad attività ambulatoriali e, entro certi limiti, anche alla fornitura di medicinali, specialmente nelle regioni dove l'attrezzatura ospedaliera e farmaceutica è più carente, e soprattutto che tutta questa opera sanitaria deve diventare ben più efficiente con una ben maggiore sensibilità all'evoluzione della tecnica e della scienza ed alla loro sempre più avanzata specializzazione.

Occorre in secondo luogo superare la ristretta visione tradizionale dell'assistenza alla maternità ed all'infanzia, con funzione esclusivamente sanitaria, affrontandone in modo nuovo ed adeguato gli aspetti sociali; la prevenzione, infatti, non può essere solo sanitaria, ma è sempre anche azione sociale, soprattutto perché la società moderna ci pone di fronte a problemi che in passato non si presentavano. Vorrei mettere in particolare evidenza, a questo proposito, un problema di cui troppo poco si parla in quest'aula e particolarmente da parte del Governo: il problema delle lavoratrici madri.

In Italia lavorano oggi fuori della propria casa circa 6 milioni di donne alle quali si possono presumibilmente collegare un milione e mezzo circa di bambini da 0 a 3 anni.

Ecco un problema nuovo che si pone alla società: nuove pressanti esigenze di assistenza, di vigilanza, di cura nei riguardi di questi bambini nelle ore in cui le mamme non possono prestare loro le proprie cure essendo impegnate nel lavoro fuori di casa.

Per la verità si va acquistando una nuova coscienza dell'importanza del problema e siamo lieti che nel corso degli ultimi convegni

delle « Acli », relatori e persino religiosi cattolici abbiano messo in evidenza non solo il valore del lavoro della donna per la società, il suo riflesso positivo sulla personalità femminile, ma anche le responsabilità ed i compiti nuovi che da esso derivano allo Stato per una migliore tutela sociale della maternità e dell'infanzia. Si tratta di prese di posizioni nuove che dimostrano come anche forze che sul terreno ideologico hanno sempre resistito all'apprezzamento della presenza della donna nel mondo del lavoro non possono più, oggi, chiudere gli occhi davanti alla realtà.

Ma questa nuova realtà non si riflette affatto nell'azione di governo della democrazia cristiana, non si traduce in indirizzi, metodi, opere adeguate: basti pensare — e l'esempio è clamoroso — che gli asili-nido dell'O.N.M.I. sono in tutta Italia appena 450, mentre la legge n. 860, per la tutela delle lavoratrici-madri resta, su questo specifico punto, quasi completamente ineficace, perché l'O.N.M.I. dimostra di non avere alcuna autorità e capacità di imporsi ai datori di lavoro, né in questo senso intervengono, come la legge vorrebbe, gli organi del Ministero del lavoro.

Per tutto quanto riguarda l'assistenza di tipo sociale all'infanzia da 0 a 3 anni esiste in Italia non solo una carenza, ma un vero vuoto.

Noi che siamo donne e viviamo a contatto con le donne sappiamo che il problema dell'assistenza ai bambini di questa età costituisce un dramma per milioni e milioni di madri italiane. Per i bambini fino a 3 anni non vi è praticamente quasi nulla in Italia, né come iniziativa pubblica e neppure come iniziativa privata: questo tipo di assistenza richiede forti responsabilità e forti spese e non rende da un punto di vista strettamente economico: per cui l'iniziativa privata, anche quella clericale abituata a fare sull'assistenza finanziata dallo Stato, comodi guadagni, non è stimolata ad intervenire, mentre l'iniziativa pubblica è carente perché l'attuale indirizzo di governo continua a considerare, ciecamente, le spese a fini sociali come spese improduttive, sulle quali si cerca di economizzare quanto più è possibile indipendentemente dalle esigenze della società.

Vi è un terzo problema di orientamento che richiede, a nostro avviso, un rinnovamento profondo rispetto agli indirizzi del passato, quello della capillarizzazione dei servizi sia sanitari sia sociali.

L'O.N.M.I. creata dal fascismo come suo diretto strumento di regime, ha nella sua stessa origine e nella sua struttura elementi

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

zione delle condizioni e della coscienza sociale. Non basta quindi constatare il progresso. Dobbiamo domandarci: è sufficiente? È pari al ritmo delle altre nazioni civili? È costante ed equilibrato in tutto il paese? E, soprattutto, in qual misura interviene in questo fenomeno l'azione pubblica, l'azione governativa, l'organizzazione dell'intervento pubblico?

Pur rallegrandoci della diminuzione ottenuta, dobbiamo sottolineare che gli indici italiani sono ancora sensibilmente superiori a quelli della grande maggioranza dei paesi civili, anche europei; che la diminuzione non è continua, ma subisce pause ed anni di arresto; che è rallentata sempre più negli ultimi anni e, soprattutto, dobbiamo sottolineare, molto di più di quanto non sia stato fatto finora, la gravissima sperequazione che esiste tuttora in questo campo tra le zone più avanzate e quelle più arretrate d'Italia.

Non basta citare gli indici medi nazionali, quando le differenze regionali su cui sono basati sono così acute e le condizioni reali delle popolazioni in varie parti del paese così gravi. Abbiamo per certe regioni indici ancora superiori al 60-65-70 per mille; per la Basilicata il 75 per mille: indici drammatici, da paesi coloniali.

Se esaminiamo non gli indici nazionali assoluti, ma gli indici della sperequazione, della differenza tra i minimi del nord e centro Italia ed i massimi del sud, noi vediamo che tale differenza (cito le cifre del bollettino ufficiale del Ministero) è tuttora del 72 per mille per la mortalità infantile e dell'80 per mille della nati-mortalità a carico del sud. E la cosa ancor più grave è che la sperequazione non diminuisce, rimane da anni pressappoco allo stesso punto. Il problema è quindi ancora grave e lo è particolarmente in relazione all'insufficiente organizzazione dell'assistenza sociale perché la gravità della sperequazione tra zone più avanzate e zone più povere è proprio la testimonianza della carenza dell'azione pubblica organizzata, dell'intervento dello Stato.

L'aspetto sanitario, inoltre, non può essere oggi limitato alla lotta contro la mortalità infantile. Mentre le vecchie piaghe del nostro paese, inchiodato a vecchie strutture economico-sociali, sussistono sempre gravi, sorgono nuovi problemi creati dallo sviluppo inarrestabile della società.

Noi siamo d'accordo con lei, onorevole ministro, quando sostiene che accanto al problema dell'assistenza sanitaria diretta, vi è oggi, nella società moderna, il grande problema della prevenzione, e quando ella af-

ferma che nella medicina moderna la prevenzione è diventata un grande compito sociale che deve affiancarsi a quello dell'assistenza diretta. Ma questo vuol dire, se vogliamo essere conseguenti, che l'assistenza alla maternità ed all'infanzia deve esser vista in una luce completamente nuova, come uno degli aspetti essenziali della prevenzione sanitaria e sociale, come la forma, vorrei dire, più preventiva di prevenzione, con cui si previene non solo la malattia ma uno stato permanente di inferiorità dell'uomo nella sua lotta contro il male per tutta la vita. Se siamo tutti d'accordo sugli obiettivi che vogliamo perseguire, se siamo tutti d'accordo che il problema dell'assistenza alla maternità e all'infanzia, ben lungi ormai dai vecchi criteri caritativi, si presenta oggi come un grosso problema, sanitario e sociale, di interesse nazionale, a noi sembra che dobbiamo esaminare con occhio ben diverso la realtà che abbiamo di fronte e gli orientamenti che dobbiamo seguire in questo settore per realizzare adeguatamente tali scopi.

Si pone prima di tutto il problema di dare all'assistenza alla maternità ed all'infanzia di tipo sanitario una qualificazione ed una estensione molto maggiori di quelle attuali. Non possiamo fare come l'O.N.M.I., che nei suoi bollettini di propaganda si limita ad elencare dei numeri, citando ogni anno l'aumento — d'altra parte tutt'altro che sufficiente — dei suoi centri di assistenza.

Noi dobbiamo esaminare la situazione con spirito critico ed analitico. L'assistenza alla maternità ed all'infanzia di carattere sanitario è oggi quasi totalmente affidata all'O.N.M.I. Per non esaminare che un settore di tale assistenza — e scelgo quello dell'assistenza consultoriale ai bambini che è il settore di gran lunga più sviluppato — l'opera dispone di 5.885 consultori pediatrici, la maggior parte dei quali concentrati nelle città: il che significa che ancora migliaia di comuni italiani non hanno neppure il consultorio pediatrico.

Inoltre, sempre a proposito dei consultori pediatrici, non bastano le indicazioni numeriche, occorre vedere concretamente come funzionano, come sono distribuiti nelle varie regioni in corrispondenza dei bisogni e che cosa ne pensano le donne e le madri, che dovrebbero frequentarli. Naturalmente, ve ne sono di moderni e ben attrezzati, ma molti di essi si riducono a nude stanze, aperte anche soltanto una volta ogni 15 giorni ed in cui l'assistenza sanitaria prestata si riduce spesso al semplice controllo del peso del bambino,

organici di accentramento che non può superare e che si riflettono nei suoi stessi indirizzi assistenziali, nella tendenza perseguita per anni alle opere grosse ed accentrate come le case della madre e del bambino, che fanno effetto ma hanno scarsa efficacia sociale e costano enormemente; isole apparentemente splendide attorno alle quali vi è la solitudine e il vuoto. Occorre, invece, per quanto riguarda l'assistenza consultoriale, ambulatoriale e tutta l'opera di vigilanza assistenziale dei bimbi in età prescolastica, una rete capillare di iniziative che penetri il più profondamente possibile nel tessuto della vita nazionale, che raggiunga i gruppi di convivenza anche i più piccoli ed isolati, che interessi milioni di famiglie nei rioni, vicino ai luoghi di abitazione e di lavoro, nei comuni, nelle frazioni, nelle borgate, dovunque è possibile.

Un ultimo problema di orientamento che vorrei sottolineare è quello di garantire un'assistenza all'infanzia ed alla maternità che risponda veramente al principio costituzionale del diritto all'assistenza ed ai principi della sicurezza sociale. Il che vuol dire garantire un servizio non solo gratuito, ma che superi, nella lettera e nello spirito, ogni carattere caritativo, che non si limiti ad offrire un minimo di assistenza ai più poveri ma sia per tutti, al di fuori di ogni differenza tra bambino e bambino, tra mamma e mamma. Ed anche questo orientamento richiede un profondo rinnovamento della situazione attuale con l'abolizione, prima di tutto, di quella vergognosa differenza esistente ancora oggi in Italia fra infanzia legittima ed infanzia illegittima, la cui assistenza è separata e addirittura affidata a due gestioni amministrative diverse: l'O.N.M.I. e le province.

Onorevoli colleghi, noi poniamo oggi con forza il problema di questi nuovi orientamenti per una moderna e adeguata assistenza alla maternità ed all'infanzia, non solo teoricamente ma sulla base di iniziative concrete. Di fronte alla carenza assoluta del Governo in questo settore, di fronte al fatto che dal 1956 viene annunciata una riforma che non è ancora stata presentata neppure come proposta, un gruppo di noi deputati membri dell'U.D.I., abbiamo preso l'iniziativa di preparare e presentare un progetto di riforma dell'assistenza alla maternità ed all'infanzia.

Con il nostro progetto, che ha come prima firmataria la onorevole Viviani Luciana, chiediamo l'istituzione di un servizio assistenziale nazionale unico, completamente unificato in modo che non vi sia più alcuna differenza tra infanzia legittima ed illegittima.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. I problemi dell'O.N.M.I. sono completamente diversi. Unificare i due servizi è questione molto grave: le finalità sono diverse.

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. Certo, se restiamo ancorati al sistema attuale ed alla cristallizzazione delle sue strutture.

La separazione di compiti e di finalità a cui ella si riferisce è dovuta a motivi storici e legislativi, ma oggi appare in pieno contrasto con l'evoluzione dell'assistenza e degli indirizzi moderni. Non per nulla ho premesso che riteniamo sbagliato affrontare il problema dell'assistenza alla maternità ed all'infanzia soltanto come il problema dell'O.N.M.I. e nel quadro delle attuali strutture; sosteniamo invece la necessità di una profonda revisione di tutto il sistema attuale di cui l'O.N.M.I. è un aspetto che può anche profondamente modificarsi nella forma che ha oggi. Noi stiamo parlando non del sistema attuale, ma della riforma del sistema attuale.

Dicevo che noi proponiamo l'istituzione di un servizio nazionale unico per la tutela della maternità e dell'infanzia fino a 6 anni per i bambini normali e fino ai 18 per quelli anormali o privi di cure familiari, gratuito per tutti, fondato, da una parte, su di una rete capillare di poliambulatori e di asili-nido, cioè di centri di vigilanza sanitaria e sociale, e, dall'altra, sullo sviluppo di alcune grosse, moderne ed efficienti istituzioni di ricovero permanente ed assistenza educativa a carattere provinciale e regionale.

Il nostro progetto però ha il suo elemento più interessante, nel modo come affronta, su un terreno completamente nuovo, il problema della struttura del servizio, cioè degli organi che devono gestirlo e dirigerlo.

Quello della modifica della struttura è oggi infatti, a nostro avviso, il problema centrale della riforma, il banco di prova di chi voglia veramente risolvere i problemi dell'assistenza all'infanzia, sia perché non vi è nessun indirizzo ideologico, tecnico, metodologico dell'assistenza, per quanto perfetto, che possa essere realizzato se non sulla base di organismi efficienti ed adatti, sia perché, con la riforma della struttura, andiamo al di là dei limiti del problema assistenziale, ci colleghiamo a problemi di natura più politica. Ed è proprio qui che si rivela in modo aperto la differenza fra coloro che sono per un vero rinnovamento della situazione attuale per raggiungere risultati sociali veramente nuovi ed adeguati e le posizioni invece pseudo-riformatrici di coloro che tentano di far passare sotto enunciazioni di rinnovamento soluzioni

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

di conservazione, talvolta perfino involutive rispetto alla situazione attuale.

Veramente, della struttura di un moderno sistema di assistenza all'infanzia e alla maternità del nostro paese non si dovrebbe neppure discutere: vi è la Costituzione che dispone in materia norme chiarissime. Infatti la Costituzione non solo enuncia i principi etico-sociali di una moderna assistenza secondo il diritto all'assistenza per tutti, in tutti i casi di bisogno, secondo ideali avanzati di sicurezza sociale, ma precisa in modo chiaro la struttura concreta che deve avere il nuovo sistema assistenziale, la sua struttura organizzativa e politica, quando conferisce alle regioni (articolo 117) l'autorità legislativa in tutto il settore dell'assistenza sanitaria, ospedaliera e dell'assistenza pubblica. Segnando una radicale svolta rispetto agli indirizzi accentratori e burocratici del fascismo, la Costituzione afferma così la fondamentale competenza degli enti democratici locali per un sistema profondamente rinnovato e modernizzato di assistenza; e lo afferma proprio perché questi enti, in quanto autonomi, in quanto eletti dalle popolazioni, in quanto locali, sono i più vicini ai bisogni popolari, alla loro evoluzione, alla loro pressione: sono quelli che possono offrire il massimo controllo amministrativo e permettere la massima collaborazione delle popolazioni nell'opera di assistenza; sono quelli che possono agire, quando siano dati loro i mezzi sufficienti, con maggiore agilità, con maggiore rapidità, con maggiore coraggio. E ciò che la Costituzione indica, l'esperienza conferma largamente.

Gli esempi in proposito sarebbero numerosissimi. Mi basta ricordare che nel corso di questa stessa discussione già altri interventi hanno sottolineato come le uniche iniziative avanzate, moderne, importanti, che si sono avute nel settore assistenziale, sono dovute all'opera di province e di comuni, di quegli enti autonomi locali i quali, potendo disporre di mezzi sufficienti, hanno avuto una particolare sensibilità e hanno saputo utilizzare la loro autorità in questo senso. Noi siamo orgogliosi che queste amministrazioni siano fondamentalmente di sinistra: sono i grandi comuni, le province emiliane, toscane e di altre regioni rette da amministrazioni social-comuniste dove i vecchi brefotrofi sono stati trasformati in moderni istituti provinciali per l'assistenza permanente all'infanzia, dove si è dato vita a nuove forme di assistenza sanitaria e sociale per le madri ed i bimbi (asili materni, pensionati per lattanti, colonie per mamme e bambini); dove le ammi-

nistrazioni locali non solo hanno fatto grandi sforzi per qualificare e modernizzare l'assistenza nei settori di loro pertinenza istituzionale, ma sono anche intervenute continuamente con propri contributi ed iniziative per stimolare, integrare l'azione degli enti burocratici, come l'O.N.M.I., che non erano in grado di affrontare i loro propri compiti.

Signor ministro, quello della struttura dell'assistenza è l'aspetto più grave del problema. Oggi in Italia siamo di fronte ad un sistema che non solo si basa ancora su principi scontati, superati dalla moderna coscienza sociale e su indirizzi arretrati, ma che si è strutturato nel modo più disordinato e caotico.

Alle vecchie congregazioni del primo Stato unitario si sono sovrapposte, aggiunte meccanicamente, le strutture di tipo totalitario, accentratore, burocratico del fascismo, che sono rimaste senza che fino ad oggi sia stato fatto nulla per adeguarle ad uno Stato democratico, ad una moderna società.

Ad aggravare ancora questa situazione ereditata dal passato si è aggiunta, e desidero sottolinearlo ancora una volta, la politica assistenziale, che è stata perseguita in questi anni. Non mi rivolgo a lei soltanto, onorevole ministro, ma ai suoi predecessori, a tutti i governi democristiani, i quali non solo non hanno modificato niente in materia di assistenza facendo opera di resistenza e di rinvio permanente di tutti i problemi di rinnovamento strutturale, ma hanno aggravato la situazione esistente, la caoticità delle funzioni e degli enti operanti, la burocraticizzazione dell'assistenza, la carenza di coordinamento e di controllo perché questi elementi creavano la situazione più favorevole per poter utilizzare l'assistenza, così come è stato fatto, a fini di pressione politica e di discriminazione, a fini di sfrenato monopolio clericale. (*Proteste al centro*). E la verità, onorevoli colleghi. In questo modo, si è determinata in Italia una situazione che tutti riconoscono oggi insostenibile con una dispersione di forze e di mezzi ed una confusione di funzioni senza pari.

Basti pensare che in questo settore agiscono contemporaneamente in base alle leggi attuali l'O.N.M.I., le province, i comuni, che vi sono almeno quattro o cinque dicasteri che hanno compiti nel campo dell'assistenza all'infanzia e una miriade di enti, di istituzioni, di opere pie, di organizzazioni pubbliche, semipubbliche o del tutto private che intervengono in modo caotico, utilizzando e disperdendo denaro dello Stato.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

Basti pensare, per esempio, all'attività dell'Ente nazionale per la protezione morale del fanciullo che sempre di più tende ad invadere il campo dell'O.N.M.I. ed oggi si presenta, come dirò più avanti, addirittura sulla scena dell'assistenza pubblica italiana con la pretesa veramente incredibile di diventare un nuovo, ulteriore protagonista di questa già così caotica situazione.

La prima causa di questa situazione è quindi la molteplicità degli organismi operanti e delle funzioni. A questo aspetto si affianca inoltre un altro grave elemento: quello delle carenze proprie dell'O.N.M.I.

Onorevole ministro, noi non intendiamo affatto fare il processo all'O.N.M.I., ai suoi dirigenti, ai suoi funzionari, a coloro che vi operano e che fanno tutto quello che è loro possibile fare. Noi facciamo il processo alla natura dell'istituzione, alla sua struttura, che non risponde più alle esigenze di uno Stato e di un'assistenza moderna e democratica. E facciamo il processo a voi, Governo, che in tutti questi anni nulla avete cambiato, accentuando ancora di più, attraverso l'imposizione dei commissari, la burocraticità dell'ente, cercando di isolarlo completamente dalle province, dai comuni, dal cuore e dal controllo delle popolazioni.

L'O.N.M.I. mantiene così le caratteristiche di una struttura tipica del periodo fascista, di un'organizzazione creata a fini paternalistici, sulla base di un sistema di regime accentratore e burocratico, con tutte le conseguenze che ne derivano: la schematizzazione e la cristallizzazione degli orientamenti, la lentezza e la pesantezza operativa, la mancanza di pubblico controllo e soprattutto la sproporzione enorme tra il costo della sua gestione ed il suo rendimento sociale. Per cui oggi, in Italia, nonostante tanti sforzi generosi compiuti per l'assistenza, nonostante l'esistenza di una legge per la tutela della lavoratrice madre che può considerarsi tra le più avanzate, nonostante (e desidero sottolinearlo) che la spesa complessiva pubblica in Italia, per la sola assistenza alla maternità ed all'infanzia, raggiunga i 60 miliardi circa, nonostante tutto questo, regna il disagio più profondo e generale delle popolazioni, dei tecnici, degli enti stessi che operano in questo settore. Il progetto di riforma che presentiamo intende dare una soluzione coerente, radicale, coraggiosa anche al problema strutturale sulla base dell'unificazione e del decentramento. Il servizio unificato nazionale per l'assistenza alla maternità ed all'infanzia, in tutte le sue forme ed

aspetti, viene, infatti, affidato nazionalmente al Ministero della sanità, destinato a diventare il futuro centro ministeriale di tutto quanto riguarda la sanità e l'assistenza sociale, ed alla periferia, alle regioni, alle province ed ai comuni, ai quali vengono affiancati per tale attività comitati consultivi nazionali, provinciali e comunali, di natura tecnica e rappresentativa insieme.

Una struttura assistenziale così unificata e decentrata su basi democratiche richiede, naturalmente, lo scioglimento dell'O.N.M.I., così come essa è oggi, portando all'utilizzazione ed alla valorizzazione delle sue attuali funzioni, dei suoi finanziamenti, delle sue istituzioni, del suo personale, nel quadro di un sistema unico, più vasto ed organico diretto dal Ministero della sanità e dagli organismi di potere locale e democratico.

Questa è la nostra proposta, la quale non riflette soltanto le nostre idee; essa fa proprie ed esprime le rivendicazioni delle associazioni nazionali degli enti locali, in particolare quelle dell'Unione province italiane; fa proprio il voto unanime del Senato del 1956; fa proprie le decisioni della magistratura italiana, del Consiglio di Stato, le cui sentenze sono state favorevoli alle province ogni qualvolta un'amministrazione provinciale ha fatto ricorso contro le gestioni commissariali dell'O.N.M.I., riaffermando in tal modo la competenza specifica degli enti locali per questo servizio secondo le indicazioni costituzionali. Nella nostra proposta esprimiamo non solo gli impegni programmatici del partito comunista e del partito socialista, non solo i principi di sicurezza sociale e di decentramento democratico a cui sempre hanno detto di volersi ispirare anche le altre forze di sinistra, ma le enunciazioni del partito della democrazia cristiana stessa che ancora due anni fa, in una mozione ufficiale, riaffermava l'esigenza di una riforma radicale dell'assistenza « fondata sui principi della sicurezza sociale e sugli enti autarchici territoriali », come già ho ricordato.

A questo punto, perciò, noi chiediamo: qual è la volontà reale della democrazia cristiana e del Governo su questo argomento? Perché, se i documenti del partito della democrazia cristiana parlano di decentramento dell'assistenza sulla base degli enti locali, se i vostri rappresentanti, onorevoli colleghi della maggioranza, sindaci, amministratori e presidenti di province in seno all'U.P.I., alla A.N.C.I., all'A.N.E.A., si sono sempre detti d'accordo su queste posizioni, ben diverso invece è il contenuto delle proposte di legge pre-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

sentate alla Camera dall'onorevole Maria Pia Dal Canton e da numerosi deputati democratici cristiani.

Permettete che io faccia una breve osservazione. L'onorevole Dal Canton (mi dispiace che non sia presente) che ha parlato ieri ha presentato un complesso di quattro proposte di legge sull'assistenza, di cui tre specifiche sull'assistenza alla maternità ed ai minori, le quali hanno un'importanza notevole, a nostro avviso, anche se gravemente negativa, e sono proprio per questo al centro di polemiche vivissime. Ieri l'onorevole Dal Canton nel suo discorso si è limitata ad alcune osservazioni tecniche e di indirizzo particolarmente sull'assistenza all'infanzia anormale, ovvie, sulle quali non possiamo che essere tutti d'accordo, ma non ha detto una parola sulla sostanza politica delle sue proposte. Tali proposte, infatti, per quanto riguarda il problema essenziale e decisivo della struttura dei servizi e della loro natura, vanno in senso completamente opposto a quanto prescrive la Costituzione, a quanto il partito della democrazia cristiana ha sostenuto nei suoi documenti programmatici ed elettorali, a quello che sostengono i vostri sindaci, i vostri presidenti di provincia, i vostri quadri assistenziali nell'U.P.I., nell'A.N.C.I., nell'A.N.E.A.

Le proposte Dal Canton prevedono la continuazione dell'attuale sistema, accentrato e burocratico, dell'assistenza; non solo, ma tendono ad aumentarne ancor più la burocratizzazione e la macchinosità, non solo mantenendo l'O.N.M.I., ma sovrapponendo all'O.N.M.I. un altro carrozzone (ce ne sono troppo pochi in Italia!), un altro ente di tipo accentrato e burocratico, e per di più di netta natura clericale, come tutti sanno: l'Ente nazionale per la protezione morale del fanciullo, al quale l'onorevole Dal Canton propone di assegnare tutta l'assistenza alla fanciullezza e all'adolescenza dopo i sei anni e per il quale — si dice — il Governo sarebbe disposto ad elargire subito, come primo bocconcino, in attesa di più ampie soluzioni, un miliardo all'anno!

Ma vi è qualcosa di ancora più grave. Nelle quattro proposte di legge dell'onorevole Dal Canton si prevede (e mi preme sottolinearlo con forza, perché è un elemento politico di estrema gravità) l'estromissione totale degli enti locali dall'azione assistenziale. Si va così in direzione totalmente opposta a quanto sancito dalla Costituzione, la quale stabilisce che è la regione che emana leggi in questo campo. Le proposte di legge Dal Canton suggeriscono invece che tutta l'assistenza alla maternità,

all'infanzia, alla gioventù fino a 18 anni e agli anormali in età evolutiva venga suddivisa tra l'O.N.M.I. e l'Ente per la protezione morale del fanciullo, togliendo alle regioni i loro compiti futuri e alle province ed ai comuni quei compiti assistenziali che loro competono istituzionalmente e già tradizionalmente svolgono.

Onorevoli colleghi, comprendiamo benissimo i duri attacchi che dal paese, dagli enti locali e dall'O.N.M.I. stessa sono venuti ai progetti Dal Canton. Qualche settimana fa sulla rivista dell'O.N.M.I. i progetti Dal Canton sono stati definiti: « tre proposte per disorganizzare ulteriormente l'assistenza italiana ». E noi non possiamo che condividere pienamente questo giudizio perché sono proposte che vanno contro la Costituzione e contro tutti i risultati dell'esperienza; contro i diritti delle amministrazioni democratiche locali e contro le esigenze delle popolazioni. Per le stesse ragioni non possiamo però neppure condividere la soluzione che presenta l'O.N.M.I., che, pur partendo da una giusta esigenza di unificazione, tende a confermare anch'essa il mantenimento dell'attuale sistema burocratico ed accentrato, unificando tutti i servizi nell'O.N.M.I. ed esautorando le regioni, i comuni e le province dai compiti che loro affida la Costituzione.

Con tali proposte, onorevoli colleghi, bisogna dirlo ben chiaro, si va al di là di una visione burocratica e conservatrice dei problemi assistenziali: siamo di fronte ad un vero e proprio attacco politico alle autonomie locali, all'ente regione, al rafforzamento della democrazia nel nostro paese secondo gli indirizzi precisi della Costituzione.

In questa situazione, chiediamo quale sia la posizione della democrazia cristiana, del Governo. Prima di tutto siete d'accordo o no sul fatto che si debba riformare il sistema assistenziale attuale, e riformarlo subito? L'anno scorso il relatore al bilancio della sanità, onorevole Ferrari, disse che « il Ministero stava predisponendo un disegno di legge di riforma all'assistenza della maternità e dell'infanzia sulla base delle decisioni del Parlamento » (quello stesso disegno di legge già annunciato nel 1956 e riannunciato a diverse riprese negli anni successivi). Quest'anno l'onorevole Colleselli, relatore per la maggioranza, afferma nella sua relazione che « si avverte oggi più che mai la necessità di una riforma integrale e si augura che il Governo possa affrontarla con sollecitudine ». Considerate forse, onorevoli colleghi della democrazia cristiana, che costituisca un passo avanti l'au-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

spicare nel 1960 la preparazione di una riforma di cui già si è dato l'annuncio con insistenza nel 1956, nel 1957 e negli anni successivi? Ed oggi ci si augura che il Governo possa affrontare il problema sollecitamente!

Ma non si è fatto soltanto un passo indietro grave dal punto di vista cronologico, lo si è fatto anche nella sostanza, perché l'onorevole Colleselli, affrontando più concretamente il problema, propone di risolverlo attraverso un semplice riordinamento dell'O.N.M.I. nella sua struttura attuale, senza neanche sfiorare l'opportunità di una modifica del sistema, del suo decentramento e della sua democratizzazione nel senso suggerito dalla Costituzione e così come il paese richiede e l'esperienza impone. In pratica, gli auspici dell'onorevole Colleselli sembrano avvicinarsi molto alle proposte avanzate dall'O.N.M.I.

E mi permetterete, a questo proposito, una piccola osservazione. L'onorevole Colleselli parla a nome del gruppo di maggioranza. Ora, molti deputati della maggioranza, a nome dei quali egli avanza proposte del tipo di quelle sostenute dall'O.N.M.I., sono firmatari delle proposte di legge Dal Canton che sono in contrapposizione con quelle dell'O.N.M.I. e violentemente attaccate dalla rivista dell'O.N.M.I. stessa. Misteri di un partito che, per volere parlare troppo dell'anima, invece di averne una ne ha molte, buone per tutti gli usi. Ed ella, onorevole ministro, quale anima ha?

Quando si è creato due anni fa il Ministero della sanità si sono accese molte speranze. Ella, onorevole ministro, con il suo entusiasmo personale, col modo con cui si è rivolto anche all'opposizione chiedendo uno sforzo unitario profondo, sincero, di tutta la Commissione sanità per una grande battaglia presso il Governo per ottenere i mezzi necessari ad operare un rinnovamento sostanziale nel campo sanitario, ha mantenuto vive per un certo tempo queste speranze. Pur nella sfiducia generale verso la politica di Governo perseguita dalla democrazia cristiana che non può permettere alcuna soluzione veramente rinnovatrice dei problemi del paese, abbiamo avuto fiducia almeno nel suo impegno e nella sua buona volontà personale. Ma ora alla fiducia, alla speranza è succeduta la più amara delusione. Questa delusione la sentiamo tutti: prima di tutti la sentite voi stessi, colleghi della democrazia cristiana. Essa si riflette nella rinuncia ormai costante da parte vostra a sollevare i problemi di fondo della sanità, si riflette nella sempre più insoddisfacente atti-

vità della nostra Commissione, nella estrema povertà della relazione di maggioranza, nella frammentarietà dei vostri stessi interventi.

Quando poco fa la onorevole Gotelli, per giustificare la limitatezza del tema del suo discorso, diceva che faceva forza su se stessa per non affrontare problemi di fondo, sentiva forse dentro di sé la sproporzione tra i limiti sempre più ristretti delle vostre impostazioni e la realtà della vita del paese che sempre più, invece, mette allo scoperto i grossi problemi non risolti. Ma per questi problemi voi non offrite alcuna soluzione. Ne avete perduta la prospettiva, persino la sensibilità, e vi attaccate alle piccole cose, ai problemi tecnici, settoriali isolandoli uno dall'altro e dall'insieme di una politica organica mentre sapete bene che oggi non si risolve più nulla, effettivamente, nel campo dell'assistenza, se non si affrontano i problemi di fondo, i problemi del rinnovamento degli indirizzi e delle strutture fondamentali.

Mi permetta, signor ministro, una osservazione che forse può sembrare piuttosto personale: a me pare che questa delusione, questo arresto, questo ritorno indietro lo si veda persino nel comportamento suo personale. Noi eravamo abituati a vedere in lei un uomo sereno, fiducioso, obiettivo. Oggi — debbo dirlo sinceramente — abbiamo un ministro aspro, intollerante alle osservazioni ed alle critiche, in uno stato d'animo irritato che è il riflesso di un disagio profondo, della coscienza (che noi siamo certi, anche ella, signor ministro, condivide) che non solo non si è andati avanti nel campo sanitario e assistenziale, ma si va indietro, e ciò proprio mentre si sbandiera da ogni parte il grande « miracolo » economico dell'Italia. Ma se questo miracolo non deve esserlo solo per i grandi monopoli bensì per l'intero popolo italiano, come è ammissibile che esso corrisponda non ad un progresso ma ad un arretramento, a un niente di fatto, a un'inerzia sempre più clamorosa proprio nei campi di interesse umano, sociale, civile più essenziali della vita del nostro popolo, come quello della tutela della salute pubblica?

È inutile in questa situazione continuare a lamentarsi che al Ministero della sanità non sono state riconosciute le competenze giuridiche sufficienti, che i fondi ad esso assegnati sono inadeguati. È vero; ma la battaglia per i fondi necessari ad un'adeguata politica sanitaria ed assistenziale, la battaglia per le competenze giuridiche del Ministero non è isolata a sé; è un aspetto di una più vasta battaglia per la realizzazione di effettivi programmi di rinnovamento, di una nuova poli-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

tica assistenziale, di profonde riforme, che sole possono permettere un reale avanzamento nel quadro di una politica generale di progresso sociale e di rinnovamento democratico che le renda possibili.

Non è giusto il nostro giudizio, signor ministro? Ella fra poco parlerà. Ci auguriamo che ella ci dia una smentita. La prego solo di non ripetere le cose che ci ha già detto in Commissione, cioè che è predisposto al Ministero della sanità un progetto di riforma che presto il Consiglio dei ministri dovrà esaminare.

Guardi, senatore Giardina: io sono deputato da parecchi anni. Questa frase esatta, identica...

GIARDINA, *Ministro della sanità*. La ripeterò, invece, e le dirò perché.

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. ...l'abbiamo sentita nel 1956, nel 1957, nel 1958, nel 1959, da presidenti del Consiglio, da alti commissari, da ministri della sanità. Non dico che siano bugie: può darsi che vi siano delle commissioni di studio presso il Ministero che hanno la tenacia di lavorare da sei a sette anni attorno a questi problemi. Può darsi che nei vostri cassetti vi siano pile di progetti predisposti. È un fatto, però, che le parole, a furia di essere pronunziate invano, perdono ogni loro efficacia, perdono perfino il loro significato.

Se questo progetto esiste, e non vogliamo metterlo in dubbio, se ella sta per annunciarci che è già predisposto, che il Consiglio dei ministri lo deve esaminare, ebbene, ce lo illustri, ne indichi le linee direttive, i principi informativi, gli orientamenti strutturali, dichiari chiaramente la posizione che il Governo intende prendere in proposito, come intenda risolvere le contraddizioni che oggi sono di fronte a voi, che esplodono così clamorosamente nel partito democratico cristiano. Ci dica se la posizione del Governo corrisponde a quella dell'onorevole democristiana Dal Canton, oppure a quella, diversa, dell'O.N.M.I., presieduta dal democristiano professor Caronia, oppure a quella, del tutto opposta, dei programmi ufficiali del partito democratico cristiano, e a quella degli amministratori democratico cristiani nelle associazioni degli enti locali. E soprattutto ci dica cosa pensa il Governo delle precise norme costituzionali per l'organizzazione dell'assistenza nell'Italia di oggi. Noi ci auguriamo che tutte queste risposte vi siano nel suo discorso di replica, onorevole ministro.

Ma se così non fosse (e ce lo fa temere anche il silenzio assoluto dell'onorevole Fan-

fani su questo problema nel discorso programmatico per il nuovo Governo) noi non possiamo non concludere che, come per il passato, anche il Governo attuale non intende realizzare le riforme dell'assistenza; non intende mantenere fede agli impegni politici assunti, agli obblighi costituzionali; legato ad una politica generale di conservazione e di involuzione democratica nell'interesse di gruppi e forze ben precise, non è in grado di aprire alcuna prospettiva di rinnovamento e di sviluppo, neppure in questo campo dove così drammatici sono i problemi e pressanti le esigenze di trasformazione e di adeguamento che la realtà del paese richiede.

Coscienti delle conseguenze che da questi problemi derivano per la vita di milioni di famiglie, di donne, di bambini italiani, coscienti della vastità delle forze che sentono come noi questa battaglia sacrosanta, noi ci batteremo, nel paese e nel Parlamento, con tutte le nostre forze per la sua soluzione.

Siamo certi, così facendo, di interpretare il sentimento delle masse popolari, anche di quelle cattoliche che aspirano a principi e condizioni di vita sociale più evolute, più civili, e premono per soluzioni avanzate, coraggiose, veramente rinnovatrici.

Siamo certi di interpretare il sentimento dei tecnici, dei funzionari, dei quadri migliori dell'assistenza pubblica italiana che si sentono immobilizzati nella loro opera dalla inadeguatezza delle leggi e delle strutture, profondamente umiliati dallo strumentalismo della vostra politica assistenziale, della sfrenata pretesa di monopolio clericale che essa esprime. E condurremo questa azione anche, particolarmente vorrei dire, in occasione della prossima lotta elettorale perché si arrivi alla riforma non solo attraverso una modifica profonda dell'indirizzo governativo ma anche attraverso le affermazioni nei comuni e nelle province di vaste maggioranze veramente democratiche e rinnovatrici, maggioranze sensibili ai problemi e alle esigenze della vita che si evolve e che avanza, che, anche di questa battaglia umana, sociale e politica di democrazia e di progresso si facciano, con sempre maggiore autorità, promotrici e fautrici. (*Applausi a sinistra*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Fornale. Ne ha facoltà.

FORNALE. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, il mio breve intervento verterà su di un solo argomento, che ritengo però di grande importanza nella trattazione del bilancio della sanità: i problemi ospedalieri.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

In occasione della discussione del primo bilancio del Ministero della sanità, allora da poco costituito, richiamavo l'attenzione del ministro su taluni problemi che interessavano gli ospedali italiani dalla cui funzionalità dipende in maniera preponderante la salute dei cittadini.

È noto che l'ospedalizzazione va sempre maggiormente estendendosi, e ciò per la fiducia che gli ospedali stanno sempre più acquisendo in vasti strati della popolazione. Di ciò il merito va dato, in parte, ai sanitari ospedalieri, per la maggioranza ben preparati e che svolgono le loro funzioni con elevato senso di responsabilità. Non deve tuttavia sottovalutarsi che ciò è stato possibile anche per l'impegno che hanno posto le amministrazioni per migliorare l'attrezzatura e la capacità ricettiva dei singoli istituti.

Credo non possa sfuggire a nessuno che le amministrazioni ospedaliere si trovano in grandissima parte nella necessità di dover affrontare con mezzi scarsi e spesso addirittura insufficienti il problema dell'edilizia e quello delle attrezzature tecniche. L'ospedale che intende rispondere alle esigenze di oggi deve essere allineato con il progresso della scienza medica ed adeguato alle sempre più numerose categorie di persone che usufruiscono dell'assistenza mutualistica; deve attrezzarsi per avere reparti, sale operatorie e gabinetti scientifici sufficienti e moderni.

Il problema dell'edilizia, che fino ad oggi poteva essere lentamente ed inadeguatamente risolto con la legge n. 589, ha bisogno di essere affrontato dal Ministero dei lavori pubblici dietro lo stimolo pressante del Ministero della sanità.

Nel noto capitolo delle opere igieniche e sanitarie è compresa anche l'edilizia ospedaliera. Ma sappiamo tutti che i fondi sono scarsi, ed oggi pare addirittura esauriti, e sappiamo, d'altra parte, che anche quando vi sono dei fondi, nella graduatoria e nelle assegnazioni viene data sempre la precedenza all'acquedotto o alla fognatura, l'ospedale è inevitabilmente l'ultimo.

Ho sentito che per le attrezzature ospedaliere l'onorevole ministro ha in animo di presentare un progetto di legge *ad hoc*. Lo pregherei di farlo presto, molto presto, perché assicuro che anche là dove si fa una seria e coscienziosa amministrazione dell'ospedale, non si possono accantonare quelle cifre che oggi occorrono per l'acquisto di determinate apparecchiature e strumenti che sono indispensabili, ma costosi.

Purtroppo, anche quest'anno dobbiamo ritornare sull'argomento delle tassazioni. È noto che molti uffici periferici delle imposte dirette hanno voluto equiparare gli ospedali pubblici ad imprese di speculazione. Da tale ed errato concetto deriva la pretesa di tassare gli avanzi di amministrazione, tassazione che talvolta si è estesa tanto in profondità da accertare utili anche ove vi era un dichiarato *deficit*. Le varie sollecitazioni rivolte agli organi governativi per chiarire l'equivoco, sono rimaste inascoltate, tanto che attualmente è stato provveduto all'accertamento, a carico di molti ospedali pubblici, dell'imposta sulle società. I procuratori delle imposte basano la loro pretesa sulla legge 6 agosto 1954, n. 603, con la quale è stata disciplinata l'istituzione di una imposta sulle società e modificazioni in materia di imposte indirette sugli affari.

Le norme della già citata legge che sembrano venire disattese dagli organi impositori sono l'articolo 1 e l'articolo 2. Il primo riguarda l'istituzione vera e propria dell'imposta e ne indica altresì i soggetti. Con l'articolo 3, invece, vengono disciplinate le esenzioni dalla tassazione. Al numero 6 dell'articolo 3 viene precisato che l'imposta non si applica « alle opere pie e agli istituti ed enti pubblici di previdenza ed assistenza sociale, nonché agli enti il cui fine è equiparato per legge ai fini di beneficenza o di istruzione ».

Non dovrebbe esservi dubbio alcuno nei confronti degli ospedali pubblici la cui attività rientra tra quelle delineate dall'articolo 1 della legge 17 luglio 1890, n. 5972. Comunque, in tal senso esiste anche un'interpretazione autentica del numero 6 del citato articolo 3, giusta circolare del Ministero delle finanze del 29 luglio 1957, n. 331420.

A maggior chiarimento potrebbero richiamarsi anche gli articoli 150 e 151 del testo unico 29 gennaio 1958 relativo alle leggi sulle imposte dirette. L'articolo 151 alle lettere *g)* e *i)* esclude dalla tassazione le opere pie e gli altri enti pubblici similari.

Ad una mia interrogazione su questo argomento, qualche settimana fa ha risposto il ministro delle finanze affermando che l'ospedale a cui viene inviato l'accertamento della tassa sulle società deve dimostrare che è stato istituito e vive come opera pia. Io sfido a trovare un ospedale in Italia che non abbia tale caratteristica, quando molti portano ancora il titolo antico di opere pie riunite perché la amministrazione oltre al nosocomio presiede contemporaneamente a ricoveri, orfanotrofi, asili, ecc.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

Tuttavia, gli accertamenti sono effettuati e non si sa ancora quale esito avranno i ricorsi proposti dalle amministrazioni ospedaliere. Mi preme qui pertanto richiamare l'attenzione dell'onorevole ministro sulla necessità che venga chiarito che gli ospedali pubblici non sono enti a scopo di lucro, e che se — per fortunata ipotesi — vi sono degli utili, essi non vengono distribuiti ai soci né viene remunerato un capitale che non esiste, ma vanno in detrazione delle rette o, su autorizzazione delle autorità di tutela, per il miglioramento dell'attrezzatura di cui vi è tanta necessità.

La vita, già assai tormentata di questi enti, non può essere tenuta sotto l'assillo di tassazioni che sono sì illegittime, ma che nondimeno provocano disagio non solo morale, ma anche materiale, che si riversa sulle rette.

Credo che i due argomenti — rette ospedaliere e rapporti con gli enti mutualistici — possano essere abbinati tanta e tale è la loro connessione. Sembra quasi un circolo chiuso. Difatti una sia pur autorizzata e giustificata maggiorazione di rette provoca immediatamente una presa di posizione degli enti mutualistici. Sappiamo tutti come devono essere formate le rette di un pubblico ospedale. Comunque, lo scorso anno, in occasione dell'ultimo aumento conseguente ai miglioramenti economici concessi al personale, venne decisa la nomina di una commissione interministeriale che avrebbe dovuto fissare nuovi criteri, sia per definire gli elementi costitutivi della retta stessa, sia per procedere allo scorporo di taluni elementi di costo che non si sarebbero dovuti addossare agli enti mutualistici perché riguardanti spese di carattere più spiccatamente pubblico (quali le spese del pronto soccorso, ecc.).

I lavori della commissione si sarebbero dovuti concludere il 31 marzo scorso. Da allora realmente non si è più saputo nulla, né della commissione né dei lavori alla medesima affidati. Attualmente, quindi, la situazione è la seguente: gli enti mutualistici corrispondono una retta che è bensì quella approvata dagli organi tutori, ma che è inferiore a quella deliberata dai consigli di amministrazione degli enti stessi.

I bilanci ospedalieri vanno così sommando dei crediti verso gli enti mutualistici che non si sa se e quando saranno riscossi. In compenso, le uscite sono veramente reali; e ciò provoca una situazione finanziaria che si ripercuoterà a breve scadenza sulle rette medesime e sui bilanci.

È noto poi che gli enti mutualistici stipulano delle convenzioni con gli ospedali. Tali convenzioni, che, per lo spirito della legge 26 aprile 1954, n. 251, articolo 2, sono assolutamente superflue, danno invece motivo di contrattazioni e di equivoci tra ospedali e mutue. Non è a dire poi che non solo vi è una particolare convenzione diversa da mutua a mutua, ma addirittura da ospedale ad ospedale, sia pure della stessa categoria e con la stessa mutua.

Se le convenzioni si vogliono lasciare, ammesso che siano necessarie, devono essere trattate e deliberate in campo nazionale e rese valide per tutti gli ospedali, sia pure tenendo conto della loro categoria di classificazione.

Una parola sul personale. Ho tenuto per ultimo questo argomento, che pure è di importanza fondamentale per la funzionalità degli ospedali.

Molte sono state le proposte di modifica al vigente ordinamento del personale sanitario ospedaliero, che indubbiamente non è più rispondente alle attuali necessità. Il sanitario ospedaliero deve ormai dare tutta la sua attività all'ospedale, perché le cure diventano sempre più complesse e non è più concepibile il sanitario che considerava il nosocomio quasi una sinecura.

Occorre perciò disciplinare l'attività extra-ospedale in modo non solo da evitare la concorrenza, sempre del resto difficile da definire e da delimitare, ma anche e soprattutto per ottenere il massimo rendimento. La sempre maggiore specializzazione richiede un costante aggiornamento delle cognizioni scientifiche, che non può indubbiamente ottenersi quando il sanitario ha la preoccupazione di molteplici incarichi.

Se quanto detto vale per i primari, a maggior ragione è valido per gli aiuti e per gli assistenti. Per questi ultimi occorrerà evidentemente prendere provvedimenti anche di carattere economico, in modo da assicurare loro quella tranquillità che è alla base di ogni fecondo lavoro, ed assicurare una situazione giuridica permanente alla loro posizione.

Le molte difficoltà che s'incontrano oggi nel reclutamento del personale femminile di assistenza ausiliaria sono note ed ormai di carattere generale. Non ritengo che la causa prima di tale penuria di personale dipenda dal fatto che nella maggior parte degli ospedali vige l'obbligo della collegialità. Il fenomeno, comune — pur in misura minore — anche per il personale maschile, ha radici molto profonde ed è da ricercarsi in motivi di carattere generale.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

Per gli ospedali, la collegialità del personale presenta vantaggi non indifferenti, sui quali non si può certamente sorvolare se si vuole assicurare all'ammalato un'assistenza premurosa e familiare. Del resto, anche all'estero il fenomeno della penuria del personale per gli ospedali è all'ordine del giorno. Penso che, mentre per il personale addetto ai servizi generali l'obbligo della collegialità possa essere tolto, non altrettanto possa farsi per il personale infermieristico. Si potranno stabilire indennità particolari, sì da invogliare tali persone a prestare quel servizio che per la sua particolare caratteristica esige un non lieve spirito di sacrificio e di adattamento.

Ritengo infine che per il personale infermieristico resti sempre aperto il problema della qualificazione professionale. I corsi per infermieri generici e specialmente le scuole-convitto devono essere incrementati fino ad arrivare al giorno in cui nessun infermiere possa esplicare le sue mansioni senza il necessario diploma e privo della indispensabile istruzione teorica che deve completare quella pratica. In un campo tanto delicato l'istruzione professionale non può mancare né difettare, se non a scapito della salute dei cittadini. Perciò facciamo vivo appello al Ministero della sanità affinché agevoli in tutti i modi e con mezzi idonei le amministrazioni ospedaliere ad istituire con serietà i corsi d'istruzione, con gli opportuni controlli dei medici provinciali.

Signor ministro, molti altri sarebbero gli argomenti inerenti al problema ospedaliero italiano, però ho creduto bene fare cenno solo a qualcuno dei più urgenti. Noi ci dobbiamo augurare che ciò che non si è potuto fare nel decorso esercizio finanziario da parte del Governo, si debba fare in questo presente, perché è chiaro che i problemi più impegnativi del Ministero della sanità devono essere posti all'attenzione e allo studio del Governo nel suo complesso, come si è fatto recentemente per alcuni provvedimenti di vasta portata. In una parola, è necessario che questo nuovo Ministero della sanità abbia attribuite con chiarezza le sue competenze specifiche, i mezzi e le possibilità per affrontare le funzioni per le quali è stato creato e possa così iniziare decisamente a risolvere quei problemi urgenti ed indilazionabili che ancora un anno fa ed oggi abbiamo illustrato al Parlamento e che sono vivamente attesi.

Sono convinto che non potrà mancare in quest'opera la sincera e concreta collaborazione delle amministrazioni ospedaliere e di

tutti coloro che lavorano nel delicato ed importante settore della salute pubblica, ma il via per un rinnovamento delle leggi e delle strutture deve partire dal vertice e questo noi chiediamo ed auspichiamo venga iniziato al più presto dal Governo e dal Ministero della sanità. (*Applausi al centro*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Geffer Wondrich. Poiché non è presente, si intende che vi abbia rinunciato.

È iscritta a parlare l'onorevole Angelina Merlin. Ne ha facoltà.

MERLIN ANGELINA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, avrei desiderato, nella discussione di questo bilancio, occuparmi di problemi sanitari molto importanti, quelli che devono essere risolti nell'interesse di tutta la nazione, per la sua elevazione, oltre che dal punto di vista fisico, anche dal punto di vista morale e politico. Mi dispiace dovermi occupare ancora una volta di una materia che gronda lacrime e sangue e di cui — pare impossibile — si preoccupa più del necessario l'opinione pubblica, o meglio l'uomo della strada, o l'imbecille della strada, sapientemente istigato dalla potenza occulta di coloro che speculano sulle donne più povere e più disgraziate e che riesce a far risuonare la sua voce, oltre che nella stampa compiacente, nei consessi medici e perfino in Parlamento.

Parliamo allora di questo aspetto della vita di un paese, il nostro, forse uguale a tutti gli altri paesi del mondo. La prostituzione è infatti una antica piaga sociale, che probabilmente non sarà mai estirpata, ma pare se ne scandalizzino, fin troppo, proprio coloro che in questa stessa aula Filippo Turati bollava con le parole che traggio da un suo discorso, pronunciato nella tornata del 4 settembre 1919 in un'aula vuota come ora, illustrando un suo emendamento a un progetto di legge sul voto alla donna. Egli diceva che « sono tutti indegni egualmente coloro che per bisogno economico, per inconsapevolezza, per forza maggiore e peggio poi se per avidità di guadagno e di onori, per opportunismo, per paura, per viltà, vendono la propria coscienza, compiono atti, percorrono carriere che non sono in armonia con le loro convinzioni, tutti coloro che parlano in modo difforme dal pensiero, i proletari che fanno il poliziotto, il carceriere, l'aguzzino in difesa della classe che li opprime, commendatori che strisciano avanti ai ministri di cui dicono corna in anticamera; deputati che votano contro coscienza, giornalisti che passano da un giornale ad un giornale avversario per ra-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

gioni di paga; tutti i falsi, tutti gli opportunisti, tutti i deboli. Ah, costoro che vendono non già il contatto, per un istante, con qualche spanna della loro epidermide fisica, ma tutta la propria personalità, tutta la propria anima, sono ben altrimenti spregevoli ed indegni che non siano le sventurate che lo Stato visita e censisce per una ragione soprattutto di pubblica igiene! Sono quelle le forme ben più gravi di prostituzione ».

Credo che, se le anime sopravvivono, questa mia evocazione di Filippo Turati farebbe sì che il suo spirito aleggiasse qui dentro. Egli constatarebbe che le cose non sono molto cambiate da allora.

Ho letto attentamente la relazione a questo bilancio, ma mi limiterò a esprimere la mia opinione sul capitolo che tratta delle malattie veneree.

È stato rimproverato da qualcuno il relatore onorevole Colleselli, in quanto egli si sarebbe troppo brevemente soffermato su questo argomento. Io, invece, voglio dargli lode per avere trattato la questione con la somma prudenza che lo distingue, perché è un argomento sul quale è facile lasciarsi prendere dalla psicosi che non consente di esaminare obiettivamente la realtà.

Sofferamoci per un istante sui dati statistici, sbandierati dalla stampa, con l'intento di dimostrare come l'aumento delle malattie veneree sia diventato addirittura impressionante. Mi pare doveroso e serio chiederci se dobbiamo attenerci a dati sicuri e controllabili, o a quelli forniti da certi medici (o, meglio, mediconzoli) che si vogliono gabellare per uomini di scienza, mentre lo scienziato vero non dice bugie; come le dicono soltanto coloro che il Leopardi definiva le persone più ridicole, cioè quelle che vogliono parere ciò che non sono.

I rilevamenti statistici di cui dispone il ministero sono i più attendibili, ma si riferiscono al movimento nei dispensari celtici, nelle cliniche universitarie, nei reparti ospedalieri, negli istituti di prevenzione e di pena, all'O.N.M.I. Per valutare questi dati, occorre raffrontarli a quelli del passato.

Assai significativo è un discorso pronunciato dall'onorevole De Maria nel 1949, quando non poteva certo essere messa sotto accusa la legge n. 75. L'autorevole collega denunciava come particolarmente grave il pericolo delle malattie veneree, incombente sull'Italia e in genere sul mondo. Osservava come la guerra, nella quale l'Italia era stata condotta, avesse determinato un aggravamento del fenomeno (si dice che le forze marocchine aves-

sero contagiato un numero immenso di donne) e come la percentuale dei malati negli ultimi tempi fosse straordinariamente aumentata. A questo riguardo, l'onorevole De Maria citava le ultime statistiche in suo possesso, quelle del 1946, della Società italiana di dermatologia e sifilografia, secondo le quali in Italia circa un milione di persone erano affette da quelle malattie, mentre la mortalità ascendeva a 120 mila casi all'anno.

Queste cifre non sono sufficienti a valutare il danno che le malattie veneree arrecano alla pubblica salute, in quanto occorre tener conto della mortalità infantile per lue (ed i bambini non contagiano, ma sono contagiati). La percentuale dei decessi dovuti a questa affezione è stata, nel 1930 (mi riferisco ai dati raccolti nelle cliniche ostetriche) del 14 per cento, mentre nel 1938 è salita al 26-27 per cento, per raggiungere successivamente punte ancora più alte.

Permettetemi ora di chiarire perché in conferenze, in interviste ai giornali affermo che le notizie propalate con tanta disinvoltura sono false: o sono inventate di sana pianta per dimostrare che le malattie celtiche sono in aumento, o perché le cifre risulterebbero maggiori se le indagini si estendessero ad altre fonti di contagio, finora incontrollate.

Non bisogna limitarle alle donne che si concedono per denaro, quelle che si dicono le professioniste dell'amore, per avere la misura esatta del contagio. Per esempio, se tutti i comuni avessero una sede dell'O.N.M.I., e ben 7.000 comuni non l'hanno, si potrebbero visitare milioni di bambini italiani ed arrivare ai genitori, dopo aver constatato che il bambino è un eredo-luetico.

Perché non si fa obbligo di visita a tutti i bambini, anche a quelli di cui non si occupa l'O.N.M.I. così come si fa per talune vaccinazioni, ai giovani di tutte le scuole, dalle elementari all'università, agli operai delle fabbriche, ai dipendenti dei grandi complessi impiegatizi, ai maestri, ai professori di scuola ed anche ai parlamentari? Spero che nessuno degli onorevoli colleghi si offenda, tutti sani siamo, ma Montecitorio e palazzo Madama non sono frequentati soltanto da deputati e da senatori, ci vengono pure i nostri amici elettori i quali possono portare il contagio solo bevendo nelle nostre tazze da caffè e nei nostri bicchieri. Abbiamo pure fatto, a suo tempo, l'iniezione contro l'asiatica, perché non vorremmo sottoporci alla *Wassermann*? Se riteniamo che la malattia sia così diffusa, è evidente che si debbano reperire tutte le fonti di contagio. Spero che l'onorevole mi-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

nistro ci dia una risposta chiara, atta a dissipare lo sgomento che è stato creato nel nostro paese, certo artificiosamente creato, perché è evidente che l'offensiva contro la legge n. 75, sferrata in occasione della discussione dei bilanci, mira alla neoregolamentazione. Infatti, l'onorevole Ferrari ha citato paesi aderenti alla convenzione dell'O.N.U. per quanto concerne la chiusura delle case di tolleranza, che tuttora hanno adottato la neoregolamentazione. Ha riportato vecchie cifre non esatte. Io partecipo ai congressi della Società abolizionistica internazionale, uno dei quali sarà tenuto alla fine del mese a Cambridge, e spero di avere gli ultimi dati dalla viva voce dei rappresentanti di quei paesi.

È però vero che alcuni di essi si sono sottratti alla convenzione dell'O.N.U., a cominciare dalla Francia, che, come l'Italia, ha la fama di disporre di donne belle e piuttosto facili. Si pratica su vasta scala la tratta delle bianche nel mondo equivoco della prostituzione, che non è abolita per il solo fatto che in Italia vi è la legge n. 75 e leggi analoghe vigono in altri paesi.

È noto che viene praticata la tratta delle bianche per rifornire gli *harem* privati di gente che dispone di molto denaro. Coloro i quali provvedono al reclutamento di queste donne, ad onta della legge, possono trovare una polizia (o una parte di essa) compiacente, ma possono anche trovare il poliziotto che li consegna alla giustizia. Altro è fare il lenone contro la legge, e altro è farlo con il consenso dello Stato. Questo consenso è voluto, è preteso dal *trust* dei lenoni, che trovano complici dovunque.

Recentemente mi sono recata a Venezia, chiamata ad assistere alla proiezione di quel film a cui ha accennato l'onorevole Delfino. In realtà io mi ero rifiutata di andarvi all'epoca della lavorazione del film, perché non voglio servire da *réclame* a nessuno. Vi sono stata chiamata quasi con un artificio. Va detto che io non sono una frequentatrice di sale cinematografiche: frequento il teatro lirico, quello di prosa, ma il cinema non mi piace. I miei ricordi si ricollegano ai tempi di *Topolino*, di *Fanthomas*, di *Lyda Borelli*: da quanti anni non vado al cinema!

Comunque, mi sono recata a Venezia, dove mi hanno combinato una conferenza stampa. Nel corso di essa parecchi dei presenti — e sono loro grata — hanno lasciato cadere la maschera dell'ipocrisia. La questione sanitaria è stata accennata un attimo, solo di sfuggita, mentre si è detto chiaro e tondo: vogliamo la comodità delle « case chiuse »,

e qualcuno ha aggiunto, con rivoltante cinismo: « Come lo Stato ha diminuito il prezzo della benzina, così dovrebbe intervenire per far diminuire il prezzo della donna ». Al che io ho risposto: « voi volete lo Stato compiacente che vi dia la donna, la cittadina, la madre, la sorella, la sposa di qualcuno, a buon mercato ! ».

Chi, in Italia come altrove, monta questa campagna? La propaganda iniqua, come è avvenuta in Francia, dopo la chiusura delle case; e incidenti sintomatici, sfociati perfino nel delitto, che avvengono anche qui, sono cose che io mi aspettavo e ne conosco l'origine.

Dalla larghissima documentazione in mio possesso traggio questo brano: « È evidente che quei signori dell'ambiente non vogliono rinunciare alle sorgenti dei loro astronomici profitti senza fare niente, senza dire niente. Noi conosciamo un documento che emana dal loro sindacato — il quale fa parte del *trust* internazionale che ha sede a Buenos Aires — che prevede, con dei miliardi in mano, l'organizzazione di un vasto sistema di corruzione attraverso tutto il paese: medici, poliziotti, giornalisti, fornitori patentati e parlamentari ». Non continuo per non offendere qualcuno, che, spero inconsciamente, si fa paladino della neoregolamentazione e, ritenendo di salvaguardare la salute pubblica o la morale pubblica, si rende complice dei lenoni internazionali.

Ritornando alle statistiche, devo dire che fino a poco tempo fa disponevamo di quelle che sono state pubblicate nel 1956 e che riportano i dati relativi al 1951, pubblicate perciò dopo cinque anni. Lo scorso mese ci è pervenuto un volume pubblicato dal Ministero della sanità (credo per sua iniziativa, onorevole ministro) che tratta dello stato sanitario del paese e dell'attività dell'amministrazione sanitaria degli anni dal 1955 al 1958. A pagina 249 del volume si parla della lotta contro le malattie dermoveneree e si illustra l'andamento della diffusione di queste malattie durante il triennio 1955-57, quindi, prima dell'applicazione della legge n. 75, entrata in vigore il 20 settembre 1958.

Ora, signor ministro, per quanto io non sia della sua parte, devo renderle atto della sua onestà, ed a questa onestà mi appello perché sia detta una parola chiara anche a chi quel suo volume non ha letto. Non si deve credere ai giornali, ai giornalucoli, alla gente che subisce la psicosi del momento, ma alle cifre esposte dal ministro. Io spero che ella quelle cifre vorrà confermare.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

Naturalmente, ella ha assegnato dei fondi nel bilancio per la lotta contro le malattie sociali. Infatti, il bilancio 1960-61 al capitolo 57 prevede le spese per la profilassi anti-venerea. I fondi sono stati aumentati di poco rispetto agli anni precedenti. La somma stanziata è di 800 milioni di lire. Non ho la competenza per stabilire se questa somma sia sufficiente o meno. Alcuni hanno osservato che mentre le altre forme morbose si contraggono per ragioni indipendenti dalla volontà del malato, le malattie veneree sono in rapporto all'incontinenza del soggetto. Altri ancora sostengono l'immoralità delle spese che lo Stato sostiene per la profilassi anti-venerea, perché in questo modo uomini e donne non si astengono dai rapporti sessuali *extra legem* e così aumenta il vizio. Certo non si può partire da un tale presupposto per garantire una profilassi antivenerea. Non possiamo stabilire se un malato si è contagiato per colpa sua o per colpa altrui. Non si può che intervenire.

Proprio a proposito della discussione della legge n. 75, nel 1958, l'onorevole De Maria ebbe occasione di parlare delle fonti di contagio. Egli diceva: « Possiamo ritenere, colleghi medici, che fonte unica del contagio siano le 4.500 prostitute delle case chiuse? ». Onorevole De Maria, erano 2.500. « Dovrete ammettere che la profilassi antivenerea va condotta sul piano sociale. Abolendo la regolamentazione, toglieremo il marchio di disonore che alla propaganda antivenerea esso conferisce ».

È vero. Anch'io con la mia proposta di legge miravo alla eticità dello Stato. È una questione morale alla quale sono molto sensibile. Non siamo fatti solo di carne. Come diceva Dante, « noi siamo vermi nati a formare l'angelica farfalla ». Si dica pure che sono deamicisiana, lirica come nel tempo dell'ottocento. I giornali hanno creduto di umiliarmi accostandomi ai vecchi romantici socialisti, ma io sono molto orgogliosa di questo avvicinamento ideale a Costa, Prampolini, Turati, quelli che ho sempre considerato i migliori uomini della vita italiana.

L'onorevole De Maria, in quell'intervento, dava anche dei suggerimenti: occorre praticare su vasta scala il controllo medico in particolari occasioni della vita individuale e collettiva; si deve agire contro le malattie veneree sullo stesso piano della lotta contro la tubercolosi e il cancro. Anzi, ieri completava le sue informazioni con le cifre dei morti per tubercolosi e cancro. I morti per cancro erano allora in numero molto inferiore ri-

spetto a quelli morti per tubercolosi. Oggi la situazione si è capovolta. Ma perché si è potuta vincere la tubercolosi? Perché si è fatta una propaganda adeguata, si è adottata la diagnosi precoce, si è introdotta la schermografia di massa, perché si è formata in quel settore, e un po' per volta, una coscienza sanitaria. Il popolo italiano deve formarsi una coscienza sanitaria anche per quanto riguarda la lotta contro le malattie veneree ed altre ancora. A questo noi tutti dobbiamo contribuire, tanto più che, con una superficialità veramente sorprendente, si trascurano mali di cui il medico visitatore delle case e dei dispensari celtici non fu mai tenuto a preoccuparsi.

Mi si scusi il linguaggio un po' crudo che sono costretta a usare. Immaginatevi una disgraziata, buttata sul letto, che riceveva in via dei Coronari, in via Campanella, in via Cimara, per riferirci soltanto a Roma, cento uomini al giorno! Le ricordo quelle disgraziate venute in commissione al Senato nell'estate di alcuni anni fa. Era un'estate calda. Quelle poverette erano disfatte: « Signora — dicevano — quindici giorni là dentro sono stati un inferno! ».

Avranno contratto soltanto malattie veneree o anche altre malattie contagiose, dai loro clienti, e non saranno state fonti di contagio, di chissà quali morbi, dei quali il sifilografo visitatore non si cura?

Qualcuno invoca il bisogno dei giovani. Ma volete proprio che l'iniziazione sessuale dei giovani si compia in quelle case, in cui si tradisce il fine naturale dell'amore? Ci dobbiamo preoccupare delle conseguenze d'ordine psichico che derivano dall'amore meretricio. Qualcuno ha accennato agli ospedali psichiatrici: no, non ci vanno quelli che sono stati continenti, di continenza non è mai morto nessuno, di orgia sì.

Se finora non tutte le nazioni hanno aderito alla convenzione dell'O.N.U., lo faranno in seguito, poiché una politica neoregolamentarista, esige il controllo medico da parte delle autorità di sanità pubblica delle persone che si sospettano esercitare la prostituzione, e ciò richiede un sistema di registrazione incompatibile con i principi abolizionisti enunciati dalla convenzione stessa. Inoltre, questo sistema discriminatorio, non colpisce che un gruppo di donne, che il più delle volte rappresentano soltanto una debole proporzione delle prostitute e delle donne di costumi leggeri che costituiscono sorgente di infezioni.

Se dovessimo quindi aderire al sistema della neoregolamentazione, continueremmo, né più né meno, come prima; continueremmo cioè a colpire soltanto una piccola parte di tutte le donne in questione. Non v'è alcuna ragione giuridica e morale per farlo, e nessuna necessità.

Non vorrei essere giudice severa di altre donne, tanto più che sono femminista, ma deploro vivamente quelle madri che si preoccupano dei loro figli maschi. « Dove li mando? ». Perché, se hanno delle figlie, non le mettono a disposizione delle mamme che hanno analoghe preoccupazioni? Se poi si crede che la prostituzione sia proprio un indispensabile servizio sociale (lo dico e ritene-tela una *boutade*), perché non si istituisce il servizio obbligatorio delle donne, come avviene per i militari? Si obietterà che non tutte le donne sarebbero disposte a farlo, ma è anche vero che non tutti gli uomini desiderano fare il militare, specie in tempo di guerra, e non per questo li si esonera. Diceva Turati che non bisogna attribuire alle donne libere per antonomasia lo stato di servitù. Sarebbe logico attribuirlo ad altre donne, le quali concedono i loro favori per lucro e senza alcuna giustificazione. Le prostitute talvolta sono spinte dalla miseria, dalla disoccupazione, dall'ambiente immorale in cui vivono, dalla seduzione, e non soltanto dalla seduzione che il maschio può esercitare sulla donna, ma di quella di tutte le cose che possono piacere. Si sono messi a ridere a Venezia, giorni or sono, quando ho citato l'esempio della povera servetta che viene dal delta padano, dove è vissuta tra le canne, nella capanna di paglia, e che, giunta in città, si ferma estatica davanti alle vetrine. Certo, alla prima occasione, specie se non ha poteri inibitori o non ha ricevuto una severa educazione, cede a chi le promette ciò che non ha mai avuto, ma che le piace.

Vi sono seduzioni di altro genere. Non voglio diffondermi in aneddoti, ma potrei raccontarne a decine per dimostrare la mia tesi. Le donne che, pur avendo dalla vita tutto, si concedono, e non sempre gratuitamente, perché lo fanno? Per vizio, per snobismo, forse. Anche nel passato accadeva magari in misura più ridotta quello che accade ora: i romanzi dell'800 sono lo specchio del costume della « *belle époque* ». Basta leggere *La biondina* di Emilio Praga per scorgervi la donna-squillo *ante litteram*. Oggi ci si scandalizza se una povera passeggiatrice va in cerca di clienti per la strada a bordo di una Fiat-600: nell'800 molte signore si servivano del

landò per la gita non precisamente romantica con il loro amico.

Andate in questa « *laide époque* », nei *night clubs* e vedete bene la gente che li frequenta! Un anno fa circa scoppiò lo scandalo del « Rugantino ». Potrei citarne un altro più recente, e cioè una festa celebrata nei dintorni di Roma in onore di un personaggio, o meglio di un ex personaggio. Interrogate qualche giornalista parlamentare che ingenuamente vi aveva accompagnato la propria signora e dopo un quarto d'ora è stato costretto ad andarsene. La festa, cominciata alle 5 del pomeriggio si è conclusa alle 5 del mattino, in un'orgia semplicemente disonorevole, non solo per una classe che si vanta di essere alta, ma per tutto il popolo italiano che sopporta parassiti di quel genere.

V'è tutto un mondo che eccita e diseduca. Il giorno 11 maggio, qui nella sala stampa, ho potuto rilevare su *La Giustizia* i seguenti argomenti: case chiuse; festival di Cannes; films sui teppisti, sulle ninfette e sui papponi; smania senile di un marito che aveva fatto una certa cura; fotografie pornografiche, fatti d'incesto tra adolescenti; passeggiatrici, eccetera. Congratulazioni ai cinematografari che, come appare da recenti rivelazioni sui redditi, rimestando questa materia, guadagnano più quattrini e onori di coloro che maneggiano cose pulite. Ancora: uno che voleva uccidere l'amico con l'ascia; la domestica che si uccide dopo l'alterco con l'amante; un idraulico che si impicca; quattro minorenni scappati da casa. E poi un'altra notizia: la fame elimina ogni anno 4 milioni di persone nei paesi sottonutriti.

Molti invocano naturalmente una ripulitura di questa società. Consentitemi un ricordo della mia professione di insegnante.

Nel canto quindicesimo del Paradiso, Cacciaguida si lamenta con Dante del costume delle donne fiorentine: « Saria tenuta allor tal meraviglia — una Cianghella, un Lapo Salterello — qual or saria Cincinnato e Corniglia ». Che direbbe ora l'antenato del Poeta?

Ho parlato delle classi più elevate. Parliamo di quelle più modeste. È un fenomeno naturale che queste cerchino di assomigliare nel tenore di vita, o almeno nei segni esteriori di esso, alle prime. Questo avveniva già al tempo dei comuni: gli arricchiti della borghesia volevano assomigliare ai principi ed ai feudatari. Così avviene tuttora: i nuovi ricchi, i borsari neri, gli speculatori vogliono darsi delle arie: invece di

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

imparare a leggere e a scrivere, cercano di acquistare il malcostume degli altri.

Così nasce il fenomeno delle *call girls* che è diventato preoccupante in Italia. L'altro giorno a Venezia, poiché lo si attribuiva alla chiusura delle case, ho detto: ma come può vivere una povera dattilografa a 30 mila lire al mese, e pagarsi quattro tram al giorno, e che viene assunta in un ufficio soltanto se è carina, con tutto il resto? Certo, finisce come finisce e se trova il suo tornaconto, s'incanaglia.

Ci sono poi le scarse rendite familiari che creano il fenomeno, non più delle *call girls*, ma delle signore sposate che fanno loro concorrenza. E poi un certo oscuro istinto di imitazione spinge le deboli a emulare quelle che più si esibiscono.

Queste donne contraffatte a similitudine di altri soggetti, si prestano ad avvalorare una definizione di Tarde: «La società umana è un insieme di individui che si imitano a vicenda».

Vi è un altro fattore, che Dumont chiama capillarità sociale, tendenza edonistica ad assumere una supremazia sugli altri, insieme al desiderio di migliorare le proprie condizioni di vita.

Ho cercato di essere breve, ed anche di non parlare in modo troppo pungente, perché, se mi ci metto, divento una spada che taglia. D'altra parte, ho già fatto in argomento innumerevoli discorsi, ho tenuto conferenze, ho scritto articoli e perfino un libro. Scrivevo appunto giorni or sono ad un giornale serio — tuttavia caduto in trappola, denunciando il dilagare della prostituzione e delle malattie veneree — non essere mio costume polemizzare con giornali che sfornano cumuli di sciocchezze sulla questione con immaginabile riferimento alla legge n. 75.

Ma vi è un'altra cosa in cui desidero la sua attenzione, onorevole ministro. Quando avessimo emendato ad anche soppresso, come si chiede, gli articoli 5 e 7 della legge n. 75, non avremmo salvaguardato affatto la salute pubblica, perché, caso mai, la conseguenza sarebbe la visita obbligatoria limitata solo a quelle donne, mentre la malattia, se è diffusa, come si afferma, va affrontata con metodi più seri.

Che fare? Già gliel'ho indicato in Commissione, onorevole ministro: rendere operante la legge sanitaria del 1956. Ella mi ha risposto che il regolamento non è ancora in vigore. Ma è possibile che nel 1960 esso non sia stato emanato e non sia ancora operante?

Una volta, quando era sottosegretario di Stato per la sanità la onorevole Gotelli, fui chiamata a partecipare ad una riunione di sifilografi e giuristi, e mi fu chiesto come fosse possibile conciliare la legge sanitaria del 1956 con gli articoli 5 e 7 della legge n. 75. Ma noi viviamo in un paese che si chiama Italia, siamo gli eredi di Roma: se non mi sbaglio, i romani parlavano latino, la lingua dell'*ibis redibis*. Io scherzo, onorevole ministro. Agisca, ascoltando i veri scienziati, non già quelli che usurpano questo nome. La scienza è una cosa seria, non è una mascheratura, né si vende. Gli scienziati seri, ed io ne conosco, non hanno mai detto le stupidaggini di cui van cianciando gli pseudoscienziati, e non sono presi dalla psicosi per cui sembra che vedano doppio.

Si afferma: le strade sono piene di passeggiatrici. Ebbene, onorevole ministro, le potrei dire che spesse volte mi sono recata in tutti i luoghi che mi erano stati segnalati, e a tutte le ore, alle 22, alle 23 alle 24, all'1, alle 2: ho visto delle donne che passeggiavano, poche; delle macchine che sostavano: poche.

Al tempo in cui Turati pronunciò il famoso discorso in difesa delle salariate dell'amore, ritornato a Milano, una sera, andando a casa — egli abitava al n. 21 dei portici settentrionali di Piazza Duomo — fu circondato da tutte quelle fallofore — chiamiamole così — che frequentavano la Galleria: erano centinaia, e lo ringraziavano di averle difese contro la crudele discriminazione proposta da una legge, fortunatamente non votata. L'altra sera a Venezia, all'1,30 di notte, non ho visto quello che vedevo, invece, nella mia adolescenza. Una sera — avevo diciotto anni — passeggiavo per piazza san Marco e per la riva degli Schiavoni con un parente di mia madre che avrebbe potuto essermi padre, ma che era ancora un bell'uomo. Notai che alcune delle molte donne che passeggiavano gli tiravano la giacchetta. Io non sapevo chi fossero — sono stata infatti un'oca santissima fino a non so quale età — lo chiesi a lui; mi rispose che domandavano la carità, e così mi acquietò. Padova è una città dove ho sempre vissuto: bastava andare alla stazione, al «Pedrocchi», nei luoghi frequentati soprattutto da gente che ha denaro per vedere una infinità di quelle disgraziate.

Un mese fa mi dice un mio compagno: se tu vedessi quante passeggiatrici vi sono, voglio accompagnarti: proprio a quest'ora ve ne sono tante. Sono andata e ve ne erano

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

soltanto quattro. Ho dovuto dirgli: tu non vedi doppio, ma centuplo.

La presenza di queste donne, poche o molte che siano, è una piaga sociale, e non con le leggi si guariscono le piaghe. Le riforme economiche e del costume sono i rimedi più efficaci, mentre la complicità dello Stato con i lenoni e gli sfruttatori aggraverebbe i mali.

Si sono chiuse le case, ma se si bollano le donne, si prepara la loro riapertura. Sono malate? Turbano l'ordine pubblico? Benissimo, sottostanno alle leggi a cui sottostanno tutti i cittadini, senza distinzione di sesso. Se uno si sbornia e va nudo per strada, la polizia lo porta in prigione, se una donna dà molestia la si arresta.

E in carcere subisce la visita, come s'è sempre fatto. Al tempo della persecuzione politica, quando venivamo presi e messi in prigione, tutti, anche le donne, subivano la visita come i ladri, come gli assassini. Io no, forse era per un particolare riguardo, ma molte compagne operaie comuniste e socialiste venivano sottoposte a visita coatta anche se erano persone moralissime. E ciò era considerato un sopruso odioso verso persone che professavano un'idea, ma era la legge: *dura lex sed lex*.

Sottoporre a controllo sanitario le sole donne sospette è un ritorno a ciò che la legge n. 75 ha voluto sopprimere, perché in qualche modo si dà il via alla professione, si crea la professionista, si lascia mano libera ai lenoni, che diventano così regolatori del traffico del vizio.

I ladri vi sono, ma il fatto che vi siano tanti ladri (purtroppo ve ne sono tanti, anche di quelli che diventano commendatori) non significa che lo Stato debba fare una legge che consenta ad un certo numero di ladri di rubare o che vi sia attività del ladro sanzionata dallo Stato.

Non meravigliatevi se vi faccio una confessione che vi sorprenderà, data la parte politica in cui milito: io sono una studiosa del *Vangelo*. Spesse volte (prego anche voi, compagni socialisti e comunisti, di non ridere) cerco di ispirarmi a tutto quello che il *Vangelo* ha di rivoluzionario.

Tempo fa leggevo un articolo sul *Corriere della sera* sulla moralità di Marx e di Lenin nel campo dell'amore. L'articolo, riferendosi anche ad altri personaggi, affermava che bisogna distinguere fra sovversivi che propugnano il libero amore e rivoluzionari, che ritenevano essere la continenza condizione essenziale di rinnovamento. Mi permetto

di inserirmi tra i rivoluzionari e di considerare la immoralità sessuale come il sintomo di una società fradicia, cui un'altra dovrà succedere, ripristinando i valori morali che sono eterni. Il *Vangelo* è rivoluzionario, perché il Nazzareno, sulla Roma in isfacelo, accese il faro di una nuova civiltà; e il simbolo di questa civiltà, onorevoli colleghi, non era la schiava, la prostituta tessuta e registrata, ma era la Vergine Madre! (*Applausi*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Ezio Santarelli. Ne ha facoltà.

SANTARELLI EZIO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, un lungo periodo di tempo è trascorso fra la discussione in Commissione e questa che stiamo facendo in Assemblea del bilancio della sanità, per cui tutti abbiamo avuto la possibilità di visitare luoghi di lavoro, di parlare con i sanitari e con i lavoratori circa la situazione igienico-sanitaria in rapporto al bilancio in discussione. Abbiamo fatto questo, onorevole ministro, anche se conoscevamo da vicino certi problemi perché ci viviamo, ed anche perché abbiamo lavorato in certi luoghi e abbiamo lavorato anche nelle organizzazioni assistenziali, come credo vi abbia lavorato il relatore onorevole Colleselli.

Ci dispiace però di constatare che i colleghi della democrazia cristiana (è apparso anche negli interventi in Commissione) questo non abbiano fatto. Essi hanno infatti, trattato tutti i problemi, cercando di contraddire gli oratori del nostro gruppo. Proprio nel primo giorno di questo dibattito l'onorevole Dante diceva all'onorevole Caponi: «Non crede lei di contraddirsi o magari di parlare di cosa nella quale il Ministero non c'entra affatto?». E poi lui stesso, l'onorevole Dante, ha parlato sui manicomi, a proposito dei quali, se stiamo alla legge, il Ministero non ha competenza. Comunque, tutti gli oratori hanno parlato di questo Ministero e della legge istitutiva, ma, trincerandosi prima dietro l'argomento delle competenze, sono poi scesi a certi problemi, spinti da una situazione che è grave. Ne hanno parlato l'ex sottosegretario di Stato per la sanità, onorevole Angela Gotelli, e tutti gli altri.

Dunque, dopo aver compiuto questo lavoro, non potevamo fare a meno di intervenire anche in aula affinché la Camera si rendesse conto della gravità della situazione. Siamo anche costretti a ripetere quanto abbiamo detto in Commissione, e questo l'onorevole ministro ce lo permetterà anche perché non ha accolto i nostri ordini del giorno. Un'altra

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

ragione, onorevole Colleselli, è quella che ella si era impegnato, illustrandoci lo schema di relazione, di tener presenti i nostri interventi, mentre pochissimo abbiamo poi trovato in proposito nella sua relazione.

Abbiamo detto cose inesatte in quella discussione? Abbiamo esagerato, onorevole ministro? Ecco la ragione del nostro lavoro per renderci più da vicino conto della situazione.

Della situazione generale dal punto di vista igienico e sanitario e del servizio sanitario in genere si sono occupati nella loro relazione i colleghi Angelini e Montanari, e hanno proposto degli indirizzi che sono condivisi non solo da tutte le organizzazioni sindacali, ma anche da enti e da sanitari.

Su un solo aspetto m'interessa soffermarmi: sul problema delle malattie sociali e sugli enti preposti alla vigilanza, per sottolineare ancora una volta l'importanza e la necessità d'un intervento del Ministero della sanità. L'onorevole Colleselli conosce quanto noi questo problema e lo ha trattato nella relazione citando cifre e riconoscendolo grave. Ma si è poi soltanto limitato a lamentare l'insufficienza dello stanziamento, senza cioè dire come affrontare il problema ed indicare gli ostacoli da rimuovere.

Qui non si tratta, onorevole Colleselli, di risolvere il problema con la bacchetta magica, ma di avviare una certa attività in questo settore, attività che rappresenti una certa speranza di guarigione per coloro (e sono tanti) che sono ammalati.

Basta soffermarci su un settore delle malattie sociali: quelle cardiovascolari. Se è vero, come è vero, che le malattie cardiovascolari derivano, nella gran maggioranza dei casi da fatti reumatici, e che in grande percentuale queste malattie derivano dall'ambiente di lavoro, dagli ambienti malsani, umidi, con poca aria, eccetera, se è vero (come risulta dai dati pubblicati nella relazione dell'onorevole Colleselli e anche dal bollettino del Ministero della sanità) che il 42 per cento dei casi di morte sono dovuti a malattie cardiovascolari, non possiamo non criticare e protestare di fronte alla esiguità degli appositi stanziamenti.

Ci si risponderà che abbiamo i medici di fabbrica e gli ispettorati del lavoro, nonché gli ufficiali sanitari comunali. Ma vediamo che cosa avviene in pratica. Tutti sanno che la conferenza internazionale del lavoro ha inviato un progetto di raccomandazioni sul servizio sanitario nelle aziende. Il progetto prevedeva: 1°) assicurare la protezione dei lavoratori contro ogni minaccia alla salute che de-

rivi dal lavoro o dalle condizioni del lavoro; 2°) vigilare sull'adattamento fisico e mentale dei lavoratori e specialmente sulla loro destinazione a lavori ai quali sono adattabili; 3°) contribuire a stabilire e a mantenere al più alto livello possibile il benessere fisico e mentale dei lavoratori stessi.

Noi chiediamo se esiste questo servizio sanitario nelle nostre aziende. Dobbiamo dire sinceramente di no.

Voi direte che il medico di fabbrica non è alle vostre dipendenze. Ma noi non possiamo fare a meno di parlare di questo problema, perché è un problema sanitario, tanto è vero che della commissione mista internazionale fa parte anche l'Organizzazione mondiale della sanità.

I medici di fabbrica, nella maggioranza delle aziende italiane, non mettono certo in pratica le direttive dell'Organizzazione internazionale della sanità, ma le direttive dei padroni delle aziende, i quali si servono di essi per trovare il motivo di licenziare l'operaio, e non per dargli un lavoro più adatto e per provvedere a quegli accorgimenti che possano allontanare da lui le malattie. Questo avviene perché non esiste alcuna vigilanza. Non è che gli ispettorati non adempiono ai loro doveri: mancano di mezzi.

Noi possiamo dire, senza tema di smentita, che il medico di fabbrica mette in pratica quello che il padrone gli dice. I padroni utilizzano i medici non ai fini della selezione, ma ai fini dello svecchiamento illegittimo della manodopera, della pressione sindacale e politica, del paternalismo e delle evasioni contributive. Mi risulta che un gran numero di operai si rifiuta di farsi visitare dai medici di fabbrica per paura che questi risultati vengano portati sul tavolo del direttore di fabbrica e che questi se ne serva per licenziarli.

Questo fenomeno si verifica in quasi tutte le fabbriche, col risultato che i medici vengono utilizzati per allontanare i lavoratori già colpiti anziché per migliorare le condizioni igienico-sanitarie del personale dell'azienda. Si potrebbe citare una lunga serie di casi a documentazione di quello che costituisce il più mostruoso dei delitti compiuti dalla classe padronale in Italia.

Va tenuto presente, a questo proposito, che la conferenza internazionale del lavoro ha già enunciato principi attuati in molti paesi; né si dica che il problema non è di competenza del Ministero della sanità, perché quando si tratta della salute degli italiani è necessario muoversi in piena collaborazione con tutti i ministeri interessati; se

così non fosse anche noi contribuiremmo al mantenimento di una dolorosa situazione che occorre invece al più presto rimuovere.

Gli obiettivi da perseguire sono principalmente due: estendere e precisare la funzione del medico di fabbrica; trasformare l'attuale istituto del medico di fabbrica in un moderno servizio sanitario di azienda che goda dell'assoluta fiducia delle maestranze e che sia a disposizione dei lavoratori e non dell'azienda. In questo modo saranno i lavoratori stessi a chiedere di farsi visitare, perché avranno la certezza che il medico è al servizio della loro salute e non del datore di lavoro.

Noi riteniamo che questi medici dovrebbero dipendere dagli uffici sanitari dei comuni e delle province.

Se il quadro della situazione nelle aziende industriali è tutt'altro che roseo, in agricoltura la realtà è ancora più grave, senza che gli uffici sanitari possano concretamente intervenire. Gli uffici sanitari sono infatti scarsi, sprovvisti di mezzi e di personale e non hanno la possibilità di visitare le numerosissime abitazioni malsane esistenti nelle campagne, le cui deplorabili condizioni sono la causa prima di reumatismi, artriti ed artrosi. Per potere effettuare un'ispezione, l'ufficiale sanitario deve chiedere prima l'autorizzazione del sindaco a recarsi sul posto; la relazione passa poi ai prefetti, i quali solitamente si dichiarano incompetenti e girano la documentazione al genio civile. Passano anni e mai avviene che in seguito alla relazione del medico i datori di lavoro proprietari delle case malsane vengano obbligati a ricostruirle o a risanarle. Così i contadini si ammalano e si verifica un numero impressionante di casi di reumatismi, artriti ed artrosi: si calcola che il 40 per cento delle persone dai 35 ai 65 anni soffra di questa malattia che solitamente apre poi la strada ad affezioni ancora più pericolose, quelle cardiovascolari; ciò senza contare i casi di morte. Di questa situazione ci accorgeremo fra breve, quando questi contadini faranno domanda per la pensione di invalidità.

Occorre intervenire in questo settore per rimuovere gli ostacoli, occorre cioè semplificare la legge e dare ai medici, agli uffici e ai sanitari i mezzi necessari per poter agire.

Questa è la situazione, dal punto di vista igienico-sanitario, dei luoghi di lavoro, queste sono le strutture e le possibilità attuali dell'organizzazione sanitaria del nostro paese. Possiamo esserne soddisfatti? Penso di no. Saremmo contenti di sbagliare, ma purtroppo quando discutiamo di certe situazioni non esageriamo, forse diciamo meno del dovuto.

L'onorevole Colleselli nella sua relazione scrive: « Se si considera che in Italia vi sono circa 2 milioni di individui affetti da cardiovascolopatie, se ne può facilmente dedurre l'enorme danno derivante alla nazione, danno che viene calcolato per perdita di giornate lavorative e spese di ricoveri ospedalieri in una cifra di 60 miliardi di lire ». Ed aggiunge: « Di non minore importanza, sotto il medesimo aspetto sociale ed economico, è il reumatismo cronico, il quale non costituisce un problema di mortalità, bensì di invalidità. Per una valutazione approssimativa del danno economico legato a tale forma morbosa, basti accennare che le reumopatie figurano per circa il 14 per cento tra le cause di pensionamento per invalidità. E continua: « Le somme stanziare in bilancio a questo fine sono state, però, modeste rispetto al vasto piano di azione da svolgere: La cifra rimane, tuttavia, ancora del tutto inadeguata ». E parla di circa 400 milioni di lire.

Si è parlato molto in quest'aula delle malattie veneree. È un grosso problema che occorre risolvere, poiché si tratta di circa 2 milioni di italiani ammalati in questo campo, dei quali il 42 per cento non si alzerà più dal letto.

Noi parliamo di cose che abbiamo visto, che abbiamo vissuto, perché abbiamo lavorato. Abbiamo avuto modo di conoscerle e il nostro elettorato ci ha dato mandato di denunziare la gravità dei problemi e di indicare al Parlamento la strada per risolverli. Non si può risolverla come ha fatto il relatore di maggioranza, lamentandosi che la somma stanziata è inadeguata.

Occorre avere una precisa politica sanitaria. È necessario che l'organizzazione sanitaria non rimanga nelle mani di ben undici ministeri. Non parliamo poi del fatto che gli enti fanno a gara nell'assumere avvocati i quali devono difendere cause per non pagare ospedalità e medicine. Nel mio paese, giorni fa, nel corso di una causa, tre mezzadri sono stati condannati ad una pena di 300 mila lire ciascuno per non aver voluto pagare ospedalità di ricovero ordinate dal medico sanitario per malattie infettive. Assistiamo a una serie di cause civili contro i lavoratori: gli enti non fanno che spendere milioni per le parcelle degli avvocati. Ecco come si attua l'assistenza nel nostro paese!

Nella relazione di maggioranza è detto che il Ministero fa ciò che gli permettono le sue possibilità finanziarie. Ebbene, di fronte ai milioni di ammalati (mi riferisco sempre alle malattie reumatiche e cardiovascolari) e all'alta percentuale dei casi di morte, non pos-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

siamo aspettare che i ministeri interessati si convincano che occorre dare più mezzi e maggiori competenze al Ministero della sanità. Bisogna avere più coraggio; prima di tutto, però, bisogna avere una politica.

I progressi della medicina sono tanti, e che questi progressi non possano essere applicati per divergenze tra ministeri è assurdo e, permettetemi, delittuoso. L'onorevole Colleselli ha scritto nella sua relazione di essere convinto che siamo tutti d'accordo nel lamentare l'insufficienza degli stanziamenti per l'igiene pubblica e le malattie sociali. E allora, se noi tutti lamentiamo questo fatto, se i sanitari si lamentano, se i lavoratori protestano, che cosa aspettiamo per respingere, in segno di protesta, questo bilancio? Questo servirebbe anche a convincere il Ministero del tesoro ad aumentare gli stanziamenti per questo settore, tanto più che in questo momento le casse dello Stato sembra dispongano di maggiori mezzi finanziari dell'anno scorso, allorché ella, signor ministro, ci incoraggiava a procedere insieme.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Se ella esaminasse gli aumenti degli stanziamenti dei bilanci degli altri dicasteri, vedrebbe che il nostro proporzionalmente ha avuto un aumento maggiore.

SANTARELLI EZIO. Signor ministro, non faccia questo paragone, in quanto gli altri ministeri hanno compiti diversi da quelli della protezione della salute pubblica.

Ieri sera l'onorevole Capua affermava che l'Italia è una repubblica fondata sul lavoro: ma di quale lavoro si può parlare allorché uno è ammalato? Il Ministero della sanità ha compiti preminenti rispetto a quelli degli altri dicasteri, i quali assolvono funzioni meno importanti e meno delicate.

Approviamo continuamente leggi che impongono un onere di decine di miliardi: è mai possibile che per il Ministero della sanità non riusciamo ad ottenere mezzi maggiori? Evidentemente non si è ancora capito che gli investimenti di maggiore produttività sono proprio quelli fatti per proteggere la salute dei cittadini. Sono queste le testuali parole pronunciate dall'onorevole Cotellessa, ex Alto Commissario della sanità e presidente della Commissione igiene e sanità della Camera.

L'onorevole Lattanzio ha ritenuto non giustificate le critiche sullo stanziamento, in quanto, se andiamo a conteggiare tutti i finanziamenti per questo settore suddivisi fra i vari ministeri, arriviamo a cifre di centinaia di miliardi. Ritengo che egli intendesse comprendere nel calcolo anche i denari spesi dai

privati non provvisti di assistenza farmaceutica. È inutile fare considerazioni di questo genere, dicendo che i soldi che si spendono in Italia per l'assistenza sono di gran lunga maggiori di quelli iscritti nel bilancio. Certamente, sono di più, ma questa spesa non è indirizzata verso l'obiettivo che noi desideriamo e che il Ministero deve avere. Si tratta, onorevole ministro, di attuare un impegno costituzionale che dice: « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti... La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana ». Se non vogliamo che queste frasi rimangano sulla carta dobbiamo compiere ogni sforzo.

Onorevoli colleghi, è stato detto e ripetuto in Commissione che la salute è il bene supremo dell'uomo e che lo Stato ha il dovere e l'interesse di tutelarla. Di fronte ai cittadini lo Stato è responsabile. E a noi, alla nostra Commissione soprattutto, che i lavoratori guardano, e ci dichiarano responsabili. Ma, noi questa responsabilità non possiamo assumerla in quanto il Governo non fa altro che umiliare il nostro Ministero con finanziamenti del genere. Noi chiediamo quello che altri paesi civili hanno da tempo realizzato, chiediamo cioè un servizio sanitario nazionale che significhi cura preventiva e che crei quella coscienza sanitaria in tutto il popolo che è di tanto aiuto alle pubbliche istituzioni.

Per concludere, ripeto ciò che ho detto in Commissione, e cioè che in un'epoca in cui la scienza medica trionfa sui mali e quando la sua applicazione dipende dagli uomini che dirigono le sorti di un paese, è un delitto lasciare vivere il popolo sotto la minaccia continua di queste malattie. Pertanto, è necessaria una battaglia e siate certi che noi saremo sempre in prima linea. Ma, se questo coraggio non l'avrete o non vi sentirete di ingaggiare la lotta per amore di partito, continuando a rassegnarvi, la condurremo noi chiamando alla lotta gli interessati, i lavoratori e i medici. Siamo convinti che riusciremo a spuntarla, convinti anche di fare gli interessi di coloro che non rinunciano alla cosa più cara: alla loro salute.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Cucco. Ne ha facoltà.

CUCCO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, sono buon ultimo, a chiusura di questa discussione, e francamente sarei stato felice di rinunciare alla parola, tanto più che in compenso ho potuto seguire ed ascoltare tutto quanto si è detto e mi sento nella mia coscienza

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

za più di medico che di deputato perfettamente rinfrancato sui problemi che ci stanno di fronte. Ma vi sono dei doveri ai quali non ci si può sottrarre, ed io non posso rinunciare a parlare perchè debbo assolvere a taluni di questi doveri.

Sono stato antico sostenitore, appassionato e tenace, della istituzione del Ministero della sanità. Ho seguito i suoi primi passi con una certa ansietà; ricordo la discussione avvenuta sul bilancio dell'anno scorso e, confrontandola a quella di oggi, misuro il distacco e il progresso.

Ricordo determinati aspetti che durante la legislatura ha assunto la discussione sui problemi sanitari. Mi pare ancora di vedere una nostra rispettabile collega, della estrema sinistra, con l'indice teso verso il ministro della sanità (era il predecessore del senatore Giardina), sviluppare una catilinaria e lanciare implacabili imprecazioni mentre il ministro, piccolo di statura, si faceva ancora più curvo sotto la gragnuola di gravi accuse. A un certo punto gli si diceva: siete responsabile della morte di migliaia di bimbi. Gli si diceva quasi: vi vogliamo implicare nelle vicende di sieri e vaccini.

Vi fu un attimo in cui il piccolo ministro del neonato Ministero trovò uno spiraglio: no — disse — voi non mi conoscete: entrate in una libreria e chiedete i libri del professor Monaldi!

Quanta tristezza, quel giorno, e quanta simpatia!

L'anno scorso ascoltammo il primo discorso a corollario del dibattito sul bilancio della sanità, pronunciato dal senatore professore Giardina. Egli ebbe soprattutto una battuta felice che rischiarò l'ambiente, quando disse: come ministro della sanità, di fronte al tormento dei nostri ragazzi, che sono quasi sopraffatti dalle preoccupazioni degli esami, mi sentirei di proporre per la loro salute la abolizione degli esami.

La battuta fu felice, portò euforia nell'Assemblea, nelle famiglie, sulla stampa, nel paese.

In fondo, l'anno scorso il professor Giardina, professore non di medicina, ma di diritto, vinse la sua prima bella battaglia. Egli si è presentato in tanti congressi e in tante manifestazioni di carattere sanitario, ed ha ripetuto quasi sempre una giaculatoria che ora io credo potrà smettere: io non sono medico, mi trovo quindi tecnicamente inesperto.

Ormai nessuno si meraviglia più che ministro della sanità per la seconda volta, sia non un medico, ma un professore di storia

del diritto. Conosco, come vecchio amico ed estimatore, l'onorevole Giardina che, assieme al suo grande genitore, ha onorato l'università di Palermo, e soprattutto lo ricordo quando egli fece i primi passi vittoriosi nella sua carriera, discepolo del mio grande compianto amico professor Francesco Ercole, che morì di crepacuore a Gardone nella primavera del 1945.

Sono lieto, come deputato e come medico, che al Ministero oggi vi siano uomini come lui, affiancato dal collega Crescenzo Mazza, che è già provato in questo terreno e che considero *the right man, the right place*. Ritengo oggi, dopo questo dibattito, che è stato tutto insieme sinfonico per allargare i compiti del Ministero, che il senatore Giardina e i suoi collaboratori debbano cominciare ad ampliare la competenza del Ministero della sanità.

La discussione che si è svolta credo sia stata ben utile. Non vi sono stati spunti polemici acuti; qualcuno anzi direi che ci ha fatto piacere perché ha rischiarato l'ambiente, come quando l'onorevole Delfino è stato rimbeccato dalla onorevole Merlin. Ma anche queste accensioni momentanee di polemica sono state poi superate dal clima che la discussione sulla sanità necessariamente doveva creare: sanare e non rompere! La sanità affratella e unisce: la stessa onorevole Merlin mai è stata così... Angelina come oggi, nel suo discorso.

Qualche altro spunto polemico fra qualcuno dei deputati che ha partecipato alla discussione e l'onorevole ministro ci è sembrato più di carattere formale che sostanziale.

Invece, l'insegnamento che a tutti rimane è questo: l'uomo che è preposto alla sanità, che ha su di sé questa investitura perentoria, nobile e impegnativa, che gli viene dalla Costituzione e che nientemeno, consiste nella tutela della salute pubblica, deve avere più alto il concetto della propria funzione. Occorre rompere i vecchi schemi, che sono angusti ed antichi, le impostazioni burocratiche e guardare la realtà così come si presenta ai nostri occhi.

Se mi dovessi fermare alla relazione, direi che è diligente, sagace, pregevole, ma dovrei purtroppo dire che non vi è mordente; ne trovo di più nella relazione di minoranza, che non è così piatta. E poi nella relazione non si prescinde da quei vecchi schemi, da quelle impostazioni aride e sistematiche. Ho visto elencate le malattie sociali. Giustamente molti hanno richiamato l'attenzione sulla importanza della lotta contro i tumori. Qualcuno, senza trarne le debite conseguenze, ha

accennato che oggi al primo posto, tra le cause di morte, vi sono le malattie cardiovascolari — fatto, questo, che dovrebbe indurre a considerazioni particolari — e, subito dopo, i tumori. Ciò dovrebbe indurre noi medici al dovere di chiarire la genesi di queste affezioni.

Siamo tutti d'accordo che è irrisorio lo stanziamento attuale per la lotta contro i tumori, rispetto, ad esempio, al congruo stanziamento per l'O.N.M.I.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. I dati relativi alla morte per cause cardioreumatiche non sono stati forse mai esattamente interpretati. Basta pensare, ad esempio, alla mortalità dei vecchi a causa di disturbi cardioreumatici.

CUCCO. Esatto. Non vi è dubbio che per la prima volta però questa voce, malattie cardiovascolari, è venuta alla ribalta. Ricordo che quando ero studente di medicina quasi tutti morivano di polmonite: oggi la polmonite non uccide più nessuno, o quasi, per effetto dei sulfamidici e degli antibiotici. Le cause della mortalità devono anche essere studiate sul terreno tecnico e scientifico.

Desidero riferirmi ora a qualche lacuna che ho riscontrato nella relazione. Ad esempio, il fumo. Sono un convinto assertore della necessità di combattere il fumo, di difendere cioè la nostra società da questo inquinamento, da questa intossicazione. L'onorevole ministro sa bene che un gruppo di volenterosi, in gran parte medici, ma di cui fanno parte molti deputati, ha creato una lega nazionale contro il fumo. Il ministro Giardina ha avuto l'amabilità di ricevere il comitato direttivo composto anche da scienziati di prima grandezza ed ha ascoltato ed accettato le nostre istanze. Data l'ora non voglio trattare il problema *funditus*, però desidero ricordare all'onorevole ministro quali furono le istanze conclusive da lui accettate. E' passato quasi un anno da allora, ma ancora non vediamo nulla. Solo poc'anzi ho potuto apprendere dal ministro che vi sono buone intenzioni.

Non intendo andare all'inferno, ma, se ci andassi, troverei le vie ben lastricate!

Noi chiedevamo prima di tutto, onorevole ministro, che, come era un tempo anche in Italia e come è oggi in tutti i paesi civili, fosse fatto divieto di fumare nei pubblici locali, soprattutto nei teatri e nei cinema. E' inutile che io stia qui a spiegare quale può essere il danno per la collettività. La seconda istanza, che fu pure accolta dal ministro, era di intervenire decisamente presso il Ministero dei trasporti perché si tornasse, come un tempo,

alla differenziazione tra scompartimenti per fumatori e non fumatori. Non voglio impressionare i colleghi, accennando, per esempio, al caso di un bimbo lattante che, entrato in uno scompartimento chiuso e pieno di fumo, si è intossicato arrivando in fin di vita. Quindi è bene che ci siano queste differenziazioni.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Sono rimaste le targhe nei treni, ma non dicono più nulla.

CUCCO. Bisogna ottenere che vengano rispettate. Si andrà incontro alle esigenze del pubblico, tra cui sono molte donne (ma anche parecchi uomini) che non sopportano il fumo.

Un'altra norma caldeggiata è il divieto di vendita delle sigarette ai minori di anni 16. L'adolescenza è una età psicologicamente esposta alla contrazione di questo vizio: il ragazzo fuma quasi per una velleità scimmiesca, perché vede gli altri più grandi di lui che lo fanno, per darsi arie di uomo.

Nel nostro paese molti fumano incoscientemente, senza rendersi conto dei danni che questo vizio reca alla loro salute (anche se vi sono dei fumatori accaniti che, pur rendendosi conto del male che si fanno, non sono in grado di sganciarsi e trascinano le loro bronchitelle croniche, i loro accessi di tosse spasmodica, i loro enfisemi, i loro attacchi di asma). Per me è un dovere preliminare del Ministero della sanità quello di far conoscere (come vedete non invoco alcuna misura coercitiva) ai cittadini a quali conseguenze si può andare incontro con l'uso e l'abuso del fumo. Una norma tassativa che potrebbe attenuare intanto la gravità del problema sarebbe quella della obbligatorietà del filtro nella confezione delle sigarette, previa autorizzazione, come chiedevamo, dell'Istituto superiore di sanità. Scienziati di perfetta attendibilità hanno dimostrato che con un filtro razionale l'intossicazione diminuisce di due terzi. Il vantaggio che si acquista è notevole, tale certo da non potersi trascurare. Occorre pertanto studiare anche questo aspetto del problema e fare in modo che anche questa nostra istanza venga accolta.

Un'altra nostra proposta è stata intanto superata da una iniziativa di volenterosi colleghi a cui non posso che rivolgere il mio ringraziamento: alludo alla proposta di legge che vieta la pubblicità adescatrice del fumo. Io ricordo una recente inserzione pubblicitaria, che vidi purtroppo in molti quotidiani, che invitava perentoriamente il pubblico: « imparate a fumare », e si soggiungeva che in questo modo si spende bene il denaro, com-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

prando sigarette fragranti e fumandole fino alla sazietà. Che in Italia, dove c'è ora un Ministero della sanità, si possa fare impunemente una simile pubblicità adescatrice del fumo mi pare veramente troppo!

È naturale che questa azione contro il fumo abbia degli oppositori. Salta subito agli occhi quale è la provenienza, lo scopo, la finalità, per cui i rotocalchi ogni tanto pubblicano inchieste in cui riecheggiano argomenti come questi: « Ma è proprio vero che il fumo fa male? Secondo un antico libro del 1500, il fumo è considerato come un medicamento, che fa scomparire ben 30 malattie » Ora, tutte queste pubblicazioni sono maleodoranti; il pubblico si accorge subito che corrispondono a interessi particolari.

Tuttavia bisogna andare avanti, non si può rimanere nella condizione in cui ci troviamo. Vi sono sale di piccoli teatri, di cinema che sono addirittura ammorbate; i ragazzi che fumano, che vanno a comprare le sigarette danno lo spettacolo di un paese che arretra, che fa, come il gambero, un passo avanti e due indietro sulla via della civiltà.

Tutte queste richieste riproponiamo all'interessamento del ministro della sanità.

Ma vi sono tanti altri problemi, come risulta anche dalla relazione. Sono lieto di quanto è stato detto in quest'aula circa le conseguenze non lievi e da non considerare con leggerezza della legge Merlin, conseguenze che sono state adombrate con molta dignità e con molta autorità. Come fa la onorevole Merlin — mi dispiace che sia andata via — a considerare scienziati non seri quelli che parlano contro la sua legge, o che obiettivamente, realisticamente presentano i risultati negativi della legge stessa, così come hanno fatto qui uomini di fronte ai quali dobbiamo tutti toglierci il cappello: il professor Chiarolanza ieri, presidente nazionale degli ordini dei medici, e stamane il professor Ferrari? Si fa di ogni erba un fascio affermando: ma questi sono mediconzoli e non scienziati! Vi sono scienziati anche estranei a quest'aula che sono intervenuti sul problema per un dovere, per una missione, perché il medico non è mai un semplice professionista. Perché ha pubblicato quella relazione il professor Crost, direttore della clinica dermocolpica di Milano, insieme al professor Cesare Ducrey, presidente nazionale dei sifilografi in Italia e figlio di quell'Augusto Ducrey che onorò l'ateneo di Roma? Per antipatia verso la Merlin? Niente affatto! O perché sono reazionari? No, certo. Hanno scritto quella relazione per ragioni di coscienza clinica, medica, sanitaria. In quella

relazione, ad un certo punto, Ducrey chiama il 1960, « l'anno della peste », e allude alla sifilide. Ormai non vi sono più casi isolati, ormai è chiamata da tutti epidemia.

Ma vediamo le ultime notizie che vengono dal Celio (evidentemente l'ambiente militare non ha preoccupazioni politiche, non è interessato); sino al 1958 i casi di sifilide erano 10 in un anno; nei primi 6 mesi del 1960 se ne sono contati 257. Il male, dunque, galoppa. Non per niente Ducrey parla di « peste ». Non dobbiamo preoccuparci, allora?

La politica non mi ha mai aggiogato, me ne guardo come da una maliarda che può farci del male. Ma qui si arriva al punto che per ragioni politiche si deve dire: questa legge non si deve toccare. Ho notato infatti quasi una forma di omertà — sono siciliano e so quello che dico — presso democristiani, sinistri, ed affini: non si discute questa legge. Ma perché? Sono un uomo onesto, sono un medico; già ebbi l'onore di combattere quella legge quando fu portata alla Camera, dove fui l'ultimo a parlare contro. Dopo di me parlò la nostra cara e nota collega Elisabetta Conci; parlò da quel banco: era un energumeno in gonnella, parlava come se fosse in un comizio, lanciava occhiate di odio dicendo che contro gli oppositori quella legge avrebbe salvato la donna fino allora costretta all'abiezione suprema, a vendere il proprio corpo per vivere.

Riconosco che nella onorevole Merlin, eletta figura di donna, e in tutte le altre colleghe donne che con lei si mossero per portare avanti quella legge, la ispirazione era quanto di più nobile, e su ciò non discuto, anzi mi inchino. Ma quando una legge dà risultati in parte negativi, bisogna inchinarsi anche di fronte alla realtà. Come possiamo dire che non si deve toccare? Se abbiamo sbagliato, riconosciamolo, si emendi la legge, anche se non la si deve sopprimere. Non per questo andrà alla malora la democrazia cristiana con la nuova combinazione politica che si è formata attorno ad essa.

Questa mattina abbiamo avuto lo scatto giovanile e quindi sincero dell'onorevole Delfino che ha detto: andate in tutte le strade e vedrete queste donne. Io avrei detto: anche in alcune strade, perché vi sono posti speciali. Ieri sera, per sempio, sono stato — ve lo confesso — non aggredito, ma avvicinato anch'io dentro l'albergo che frequento da anni e ho dovuto prendere un pezzetto di carta con l'indirizzo. La situazione è quella che è e non si può nascondere.

Ad ogni modo, per la legge Merlin basta quello che ha detto ieri l'onorevole Chiaro-

lanza, basta quello che ha documentato stamane l'onorevole Ferrari e basta soprattutto quello che tutti dicono, tutti constatano e tutti lamentano. È inarrestabile il processo che deve frantumare questa legge nata male. Vedete quello che succede nella stampa, quello che dice l'opinione pubblica, che è determinante. Quella legge sarà emendata e, se necessario, soppressa.

Ma andiamo a tante altre cose, e poichè è tardi e a tutto non posso arrivare, seguo la linea del cuore: questa volta tocco il cuore anche dell'onorevole ministro. Vi è un problema gravissimo, onorevole Giardina, che ella conosce: l'alimentazione idrica di Palermo, la nostra Palermo. Da 17 anni, dai giorni più neri della guerra, quando fu colpito l'acquedotto e reso inservibile, Palermo, con i suoi 600 mila abitanti, non si alimenta più di acqua potabile. È incredibile! Si leva l'acqua alle prime ore del pomeriggio in queste giornate di calura eccezionale, e non fluisce più acqua per tutto il giorno e tutta la notte; spunta l'acqua solo la mattina alle sette! La maggioranza dei nostri lavoratori per raggiungere i posti di lavoro deve lasciare la casa prima delle sette e non ha acqua e gli stessi abbienti della città, che pur ricorrono ad un costoso serbatoio, spesso non hanno acqua.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Anch'io sono senza acqua a Palermo!

CUCCO. Il problema è gravissimo in sé, e chi ha la responsabilità della sanità del paese deve sentirlo. Ma — come dicono i giuristi — nella fattispecie concorrono due elementi straordinari: mi si dice da parte di scienziati autorevoli (e la conferma dell'onorevole Barbieri potrebbe bastare) che la poliomielite proprio in quella città dove non ha fatto ancora capolino, neanche limitatamente, è facile che esploda ad un certo momento. Seconda circostanza: a Palermo, per cause inspiegabili, per una sordità che non immaginavo fosse possibile nel nostro ambiente, la popolazione è stata riluttante verso la profilassi, verso le vaccinazioni. È uno dei posti dove meno la gente si è vaccinata. Il caldo registrato dai bollettini è arrivato a 39 gradi (caldo africano), l'acqua manca ed è una cosa gravissima che « intendere non può chi non la prova »: il pericolo che scoppi da un momento all'altro una epidemia, che può essere una qualsiasi epidemia, ma che potrebbe essere anche la poliomielite in maniera esplosiva, è imminente. Ecco che il problema non può essere più procrastinato nella sua soluzione.

Quando ritornai alla Camera nel 1953, iniziai la mia attività con una prima interrogazione su questa questione; e la feci bella, elucubrata, da medico, ed ero convinto (ero uno sciocco) che sarebbe valsa, dopo 10 anni che Palermo era in quella situazione a risolvere il grave problema. Invece, nessuno se ne curò. Ne ho presentato altre due o tre a fondo perduto.

Due anni fa ci si è fatti tutti contenti e gabbati: le autorità annunciarono l'impresa dello Scanzano, la nuova sorgente. Dicevamo: non viene ancora l'acqua, ma si lavora per noi e l'acqua verrà. Poi, in queste ultime settimane, è venuto l'annuncio dell'ente acquedotto che dice: ma quando mai? Allo Scanzano non si è fatto nulla e tutto dorme come prima peggio di prima!

Com'è possibile, onorevole ministro, che un problema così vitale si lasci insoluto per ben 17 anni? Dite pure che questa popolazione è paziente, disciplinata, patriottica. Per me, è popolazione santa! Ma non crediate che si possa abusare della santità altrui. Bisogna risolvere il problema dell'acqua e mostrare coi fatti che si lavora per risolverlo! E chi può farlo più e meglio del ministro della sanità, che indirettamente è investito del problema e che è palermitano? Ho fiducia, onorevole ministro Giardina, che mediante la sua opera, con il suo intervento, questo problema sarà presto risolto.

Un'altra conseguenza dell'acqua: io mi sono compiaciuto, come medico e come oculista, per quello che l'onorevole Bardanzellu ha detto stamane circa il tracoma. Credevo che non ne parlasse più nessuno. Ieri vi fu una voce che mi ferì: un collega, che non lo faceva certo per ostacolare la lotta contro il tracoma, disse: sarebbe ridicolo preoccuparsi oggi della lotta contro il tracoma! V'è la lotta contro i tumori! D'accordo, rispettiamo la lotta contro i tumori, ma sarebbe delittuoso non continuare la lotta contro il tracoma! Infatti, che cosa risulta nella nostra disgraziata città di Palermo? Che la mancanza d'acqua ha automaticamente provocato un aumento, un rifiorire del tracoma.

Io ebbi la ventura, molti lustri addietro (non dico quanti per non indenticare il periodo), di scrivere un libretto: *Palermo, capitale del tracoma*. Lo scrissi apposta, con malizia. Ma ero onesto, perché dimostravo che vi erano allora realmente a Palermo ben 40 mila tracomatosi e che in nessun altro centro, nemmeno in quelli inficiatissimi della Sardegna, vi era un tale agglomerato di tracomatosi. Lo feci con malizia, dicevo, perché, quando

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

qualcuno lesse quel titolo e sfogliò il contenuto, immediatamente si crearono gli organi furono prese misure rigorose per la lotta contro il tracoma.

Oggi stiamo ritornando punto e daccapo. In esperienze fatte alla clinica oculistica di Roma circa trent'anni fa, fu stabilito che il vero antidoto del tracoma è l'acqua potabile. Quando un occhio si lava anche se poco prima le congiuntive sono state inficiate da secrezione di traucomatosi, la malattia non attacchisce perché la secrezione, diluita dall'acqua, perde la sua presa, la sua virulenza.

Oggi il tracoma è ritornato a Palermo, si è intensificato, si è maggiormente dilatato il contagio. Si era quasi dimenticata questa malattia; ma era come una bestia domata, che ha tirato nuovamente fuori le unghie e graffia. Cerchiamo di liberarne Palermo, cerchiamo d'impedire che si continui così!

Tanti altri problemi non vorrei trascurare, onorevole ministro. Ma vi era una mia idea che le affido, onorevole Giardina, che le propongo. Per me, come dicevo, il medico è un missionario. Egli non appartiene a se stesso, appartiene alla società. Io le proporrei di istituire obbligatoriamente un distintivo che tutti i medici debbano portare all'occhiello.

In questo momento, chissà perché, penso all'asola del compianto onorevole Zoli che mai l'aveva contaminata!... Ma Zoli non era medico, era un politico. Lasciamo stare dunque i politici e parliamo dei medici, che, in quanto medici, sono al di sopra della politica. Un distintivo obbligatorio per tutti i medici sarebbe un segno di distinzione che innalza la coscienza di sé in ciascun medico; ma sarebbe anche una profferta civile verso la società in caso di necessità per un soccorso umano. Studiate questa proposta. Io ne sono tanto innamorato; mi piacerebbe portare questo distintivo per sentirmi onorato di apparire medico dinanzi a tutti e anche per avere la consolazione, in caso di necessità, di poter dare la mia opera a chi ne avesse bisogno.

GIARDINA, *Ministro della sanità pubblica*. Questo distintivo dovrebbe essere obbligatorio?

CUCCO. L'ordine dei medici o il Ministero potrebbe raccomandarlo a tutti.

Rinuncio a parlare della tubercolosi, perché ne hanno già parlato altri. Vorrei sfiorare solo un punto. I lavoratori, in caso di questa malattia, sanno dove andare, sono in regola con la previdenza sociale e, se capita questo male, il lavoratore è ricoverato nei magnifici sanatori della previdenza sociale. Le nove province siciliane hanno questi nuovi edifici ormai da anni, situati in posti bene scelti, che

rischiarano a sera l'animo dei siciliani sperduti nel Mediterraneo. Quando i nostri lavoratori vedono a distanza quei lumi accesi — sembrano navi ammiraglie — sanno che quell'edificio è stato costruito per loro e mandano delle benedizioni a chi lo ha fatto sorgere.

Signor ministro, ritengo che i suoi collaboratori migliori, che io le consiglierei di chiamare a raccolta ogni giorno, tenendo legata la loro anima alla sua, sono i medici italiani. È una grande famiglia, una famiglia benemerita. Io sono figlio di un medico, padre di un medico; ho un culto per la professione di medico. Il medico, per necessità del suo lavoro, è un altruista, e io adoro gli altruisti, mentre detesto gli egoisti. Il medico non combatte contro gli uomini, ripudia il sangue fraterno. Egli si prodiga per gli altri, la violenza del medico è quella del bisturi che leva il marcio per garantire il sano. Ringrazio Iddio che ha voluto che il mio bisturi di oculista fosse lillipuziano, facesse poco sangue. Sulla bianca divisa del medico è scritto un aforisma, che io ho bevuto con tutta l'anima nel congresso internazionale della tubercolosi tenutosi a Roma nel 1911, dalla parola ineguagliabile di Guido Baccelli. Sulla divisa del medico è inciso: « *In aliis vivimus, movemur, sumus* ». Negli altri noi viviamo, negli altri ci muoviamo, negli altri siamo.

Vi raccomando, onorevole ministro, la classe dei medici. È una riserva morale, oltre che tecnica, per la salute del paese. Rivolgetevi a questa classe, contate su ogni medico italiano. Ma fate che il trattamento umano verso i medici sia migliore, sia degno. Essi non sono dei mestieranti; se sono degni della loro missione, sono degli apostoli.

Con questo animo io auguro al ministro Giardina, al sottosegretario Mazza e al Ministero tutto della sanità di poter ingaggiare e vincere nuove battaglie, come tutti qui hanno auspicato.

Bisogna poco a poco assorbire tutte quelle parti di attività sanitaria che sono ancora lontane, come sparse membra che si devono ritrovare, nel nuovo Ministero. Spettano tutte al Ministero della sanità e occorre quanto prima recuperarle, a cominciare dalle mutue, che furono create, non dimentichiamolo, per curare gli ammalati, anche se la lettura dei bilanci rivela che la maggiore spesa è per i locali e per gli impiegati e la minore per i medici. Sono fermamente convinto che le mutue debbano essere unificate, per evitare sperperi e sperequazioni, e poste nelle mani salde, oneste e competenti del ministro della

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

sanità. Io ho fiducia nel ministro Giardina, anche se non è medico, perché egli, con il suo acume, con la sua versatilità, con il suo impegno, ha saputo superare la mancanza di una diretta esperienza tecnica ed è qui, da uomo responsabile, a dare conto dell'opera sua. (*Applausi a destra — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la onorevole Erisia Gennai Tonietti. Poiché non è presente, si intende che abbia rinunciato.

Non essendovi più iscritti a parlare, dichiaro chiusa la discussione generale, riservando la parola ai relatori e al Governo.

Il seguito della discussione è rinviato ad altra seduta.

Annunzio di proposte di legge.

PRESIDENTE. Sono state presentate proposte di legge dai deputati:

BUTTÈ ed altri: « Trattazione extra giudiziale delle controversie di lavoro » (2462);

BERRY: « Cessione a trattativa privata al comune di Brindisi dell'immobile denominato " caserma Manthonè " » (2463).

Saranno stampate, distribuite e, avendo i proponenti rinunciato allo svolgimento, trasmesse alle Commissioni competenti, con riserva di stabilirne la sede.

Approvazioni in Commissione.

PRESIDENTE. Comunico che nella riunione di stamane la VIII Commissione (Istruzione) ha approvato i seguenti provvedimenti:

« Costituzione di cattedre di lingua straniera nella scuola media e nella scuola secondaria di avviamento professionale » (*Approvato dalla VI Commissione del Senato*) (2298);

« Norme concernenti i musei non statali » (*Approvato dalla VI Commissione del Senato*) (1942).

**Annunzio di interrogazioni,
di una interpellanza e di una mozione.**

PRESIDENTE. Si dia lettura delle interrogazioni, della interpellanza e della mozione pervenute alla Presidenza.

BIASUTTI, Segretario, legge:

Interrogazioni a risposta scritta.

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro del lavoro e della previdenza sociale, per conoscere le ragioni per le quali ancora non sia stato emanato il decreto relativo al riconoscimento giuridico, in virtù della legge *erga omnes*, del contratto collettivo di lavoro integrativo per gli addetti ai lavori edili della

provincia di Roma, stipulato nel settembre 1959, pubblicato nell'apposito bollettino ministeriale fin dal mese di marzo 1960.

(14014)

« CIANCA ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro dei lavori pubblici, per conoscere:

1°) a che punto sia la programmazione relativa alla costruzione dei cosiddetti quartieri coordinati nella città di Roma;

2°) quali siano i tempi di attuazione;

3°) quale sia la cifra complessiva degli stanziamenti relativi e quali siano le cifre particolari ad ogni ente od istituto interessato;

4°) quali siano le località prescelte per l'edificazione;

5°) quanti siano i metri quadrati acquistati per la costruzione e la spesa sostenuta nel complesso e per ogni zona.

(14015)

« CIANCA ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare i ministri dell'agricoltura e foreste e del tesoro, per conoscere quali sono stati i criteri che hanno consigliato di disattendere le motivate indicazioni degli ispettorati dell'agricoltura nella delimitazione di quelle zone del territorio calabrese meritevoli delle provvidenze di cui nella legge 2 luglio 1960, n. 731, per essere state danneggiate " da eccezionali calamità naturali o da eccezionali avversità atmosferiche ".

(14016)

« CASSIANI ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro delle finanze, per sapere se è a conoscenza che la zona di produzione del vino Marsala si trova quasi priva dell'assistenza dei funzionari U.T.I.F. per la preparazione delle miscele fiduciarie per cui avviene che la visita del funzionario nella fabbrica enologica avviene con notevole ritardo sulla richiesta, bloccando sì spesso il processo produttivo di essa fabbrica che, essendo generalmente di modesta entità, viene a trovarsi notevolmente danneggiata;

se non ritenga perciò di disporre una maggiore e più pronta presenza dei funzionari dell'U.T.I.F. nella zona surrichiamata aumentandone il numero, onde evitare intralci alla produzione nelle industrie enologiche per altro, sotto certi aspetti, già oggi in gravi difficoltà economiche.

(14017)

« PELLEGRINO ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro delle finanze, per conoscere quali provvedimenti intenda adottare allo scopo di accertare i motivi che avrebbero indotto l'ufficio

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

imposte dirette di Barcellona (Messina) ad emettere un ruolo unico per il pagamento di alcune decine di migliaia di lire nei confronti del lavoratore artigiano Giovanni Calautti, e ciò, malgrado lo stesso avesse inoltrato un ricorso categoria C. 1 alla commissione centrale.

(14018)

« SCALIA ».

Interpellanza.

« I sottoscritti chiedono di interpellare il Presidente del Consiglio dei ministri e i ministri dell'agricoltura e foreste, dell'industria e commercio e delle partecipazioni statali, sulla preoccupante situazione venutasi a creare nella produzione e nella vendita dei concimi chimici.

« La presenza di fabbriche private non cartellizzate e di impianti di produzione a partecipazione statale durante lo scorso anno ebbe a determinare notevoli ribassi nel prezzo di vendita dei fertilizzanti, ribassi che per gli azotati arrivarono fino al 60 per cento e si mantennero su una media del 30 per cento al di sotto del prezzo fissato dal Comitato interministeriale dei prezzi.

« Quest'anno le più grosse ditte produttrici, per evitare il ripetersi dei ribassi, hanno imposto un ferreo cartello di vendita associando a tale cartello la Federconsorzi e le fabbriche E.N.I.

« Tale fatto nuovo, per il quale sarebbe ingenuo pretendere candide ammissioni o documentate prove contrattuali, compromette alle origini quelle prospettive di difesa e di sviluppo della nostra economia agricola per le quali si intenderebbe impegnare l'intervento della collettività nazionale.

« Pertanto uno dei provvedimenti d'urgenza che si impone è quello di un massiccio ribasso dei prezzi che il Comitato interministeriale dei prezzi dovrà fissare per i fertilizzanti per la campagna 1960-61 e ciò per il fatto nuovo che l'attuale accordo di cartello per le vendite a prezzi non inferiori a quelli del Comitato interministeriale dei prezzi rende ormai certo il fatto che il prezzo del Comitato interministeriale dei prezzi per i fertilizzanti perderà il suo carattere istituzionale di prezzo massimo per diventare prezzo normale di vendita.

« Di tutto ciò dovranno tener conto i dieci ministri che costituiscono la maggioranza del Comitato interministeriale dei prezzi nel sostenere ed ottenere un massiccio ribasso dei prezzi dei fertilizzanti, e gli interpellanti invitano i ministri ad impegnare su questa esigenza l'azione di tutto il Governo al fine di

iniziare con un atto concreto e possibile la realizzazione di quella politica di difesa delle piccole e medie aziende agrarie e di tutta l'agricoltura italiana che l'attuale compagine ministeriale ha dichiarato di voler perseguire.

(715) « MICELI, COLOMBI, GRIFONE, BIANCO, COMPAGNONI, FERRARI FRANCESCO, FOGLIAZZA, GOMEZ D'AYALA, MAGNO, SPECIALE ».

Mozione.

« La Camera,

considerato che le prossime elezioni amministrative assumono una rilevante importanza sotto il profilo della politica generale italiana oltretutto per la soluzione dei singoli problemi delle amministrazioni locali; ritenuta pertanto la necessità che l'opinione pubblica sia largamente informata degli orientamenti politici e delle intenzioni programmatiche di tutti i partiti concorrenti;

impegna il Governo,

a voler disporre per la partecipazione di tutti i partiti politici alla propaganda radiofonica e televisiva durante la prossima campagna elettorale, assicurando a tal uopo ai partiti medesimi un adeguato e proporzionato uso della R.A.I. e della T.V.

(88) « ROBERTI, ALMIRANTE, ANFUSO, ANGIOY, CARADONNA, CALABRÒ, CUCCO, CRUCIANI, DE MICHELI VITTURI, DELFINO, DE VITO, DE MARSANICH, DE MARZIO, GRILLI ANTONIO, GONELLA GIUSEPPE, LECCISI, MICHELINI, MANCO, NICOSIA, ROMUALDI, SERVELLO, SPONZIELLO, TRIPODI, GEFTER WONDRIK ».

PRESIDENTE. Le interrogazioni ora lette, per le quali si chiede la risposta scritta, saranno trasmesse ai ministri competenti.

L'interpellanza sarà iscritta all'ordine del giorno, qualora i ministri interessati non vi si oppongano nel termine regolamentare.

Per la mozione, sarà fissato il giorno della discussione.

La seduta termina alle 15,30.

Ordine del giorno

per la seduta di martedì 27 settembre 1960.

Alle ore 17:

1. — *Seguito della discussione del disegno di legge:*

Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 1960

dal 1° luglio 1960 al 30 giugno 1961 (1981) — *Relatori*: Colleselli, *per la maggioranza*; Angelini Ludovico e Montanari Otello, *di minoranza*.

2. — *Discussione dei disegni di legge:*

Stato di previsione della spesa del Ministero di grazia e giustizia per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1960 al 30 giugno 1961 (*Approvato dal Senato*) (2211) — *Relatore*: Andreucci;

Disposizioni per l'aumento degli organici della Magistratura (2025) — *Relatore*: Breganze.

3. — *Discussione del disegno di legge:*

Assicurazione obbligatoria contro le malattie per gli esercenti attività commerciali (*Urgenza*) (1572);

e delle proposte di legge:

BERLOFFA ed altri: « Assicurazione obbligatoria contro le malattie per i titolari di piccole imprese commerciali a conduzione familiare e per i venditori ambulanti (47);

MAZZONI ed altri: Estensione dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie ai venditori ambulanti, ai commercianti al minuto e agli esercenti pubblici (681);

— *Relatori*: Repossi, *per la maggioranza*; Mazzoni e Armaroli, *di minoranza*.

4. — *Seguito della discussione della proposta di legge:*

MACRELLI: Riesame delle posizioni dei dipendenti dalle pubbliche amministrazioni che furono arbitrariamente dimessi o licenziati durante il regime fascista (*Urgenza*) (19) — *Relatore*: Canestrari.

5. — *Discussione del disegno di legge:*

Norme per la classificazione e la vendita degli olii di oliva (*Approvato dal Senato*) (1899);

e delle proposte di legge:

NATTA ed altri: Classificazione e disciplina del commercio degli olii vegetali (111);

ROSSI PAOLO e BUCALOSI: Tutela dell'olio di oliva naturale di produzione nazionale (240);

— *Relatore*: Germani.

6. — *Discussione delle proposte di legge:*

PENAZZATO ed altri: Istituzione di un congedo non retribuito a scopo culturale (237) — *Relatore*: Buttè;

CERRETI ALFONSO ed altri: Adeguamento della carriera dei provveditori agli studi a quella degli ispettori centrali (1054) — *Relatore*: Bertè.

7. — *Discussione dei disegni di legge:*

Modifiche all'ordinamento del Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione siciliana (253) — *Relatore*: Lucifredi;

Nuova autorizzazione di spesa per la concessione di sussidi statali per l'esecuzione di opere di miglioramento fondiario (1222) — *Relatore*: Franzo.

8. — *Discussione delle proposte di legge:*

TOZZI CONDIVI: Modifica dell'articolo 8 del testo unico delle leggi per la composizione ed elezione dei Consigli comunali e dell'articolo 7 della legge 8 marzo 1951, n. 122, per la elezione dei Consigli provinciali, concernenti la durata in carica dei Consigli stessi (52) — *Relatore*: Bisantis;

Senatore ZOLI: Istituzione della scuola nazionale professionale per massofisioterapisti ciechi nell'Istituto statale d'istruzione professionale per i ciechi annesso all'Istituto nazionale dei ciechi « Vittorio Emanuele II » di Firenze (*Approvata dalla VI Commissione permanente del Senato*) (1481) — *Relatore*: Di Luzio;

Senatore MENGHI: Modificazioni agli articoli 11 e 12 del decreto legislativo luogotenenziale 5 aprile 1945, n. 141, concernenti benefici tributari a favore di società cooperative (*Approvata dalla V Commissione permanente del Senato*) (311) — *Relatore*: Martinelli;

TROMBETTA e ALPINO: Valore della merce esportata ai fini del calcolo dell'imposta sull'entrata da restituire ai sensi della legge 31 luglio 1954, n. 570 (979) — *Relatore*: Vicentini.

9. — *Seguito della discussione della proposta di legge:*

IOZZELLI: Modifica alla legge 8 marzo 1951, n. 122, recante norme per la elezione dei Consigli provinciali (1274) — *Relatore*: Bisantis.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO DEI RESOCONTI
Dott. VITTORIO FALZONE
